État d'agitation

Q 060

Eliminer les étios organiques, penser tjs aux toxiques/sevrage, si Psychiatrique : Sédation + mesures (HDT, HO, SDJ,..)

Orientation diagnostique

• Définition

- **Hyperactivité motrice** parfois assoc à une hyperactivité **psychique**, une **hyper-expressivité émotionelle**, une **désinhibition** instinctuelle et une **perte de contrôle** permanente ou transitoire sur ts ou certains aspects du comporte^{t}
- L'état d'agitation est liée à des **facteurs individuels** (toxique, somatique, Ψ) et à des facteurs **relationnels** (importance de l'attitude de l'entourage) et **situationnels**

• 3 étapes

➢ **1^{ier} entretien collectif**
- Permet de préciser les ATCD (Ψ, OH, toxico ou autres), d'établir les circonstances de survenue, d'observer les interactions entre les protagonistes (famille-patient)
- Entretien qui doit etre conduit par le médecin en évitant tout dérapage

➢ **Approche individuelle du patient**
- **Interrogatoire**
  - ATCD medicochir Ψ perso et familiaux, épisodes cparables ant, de la conso habituelle ou occasionnelle de toxique
  - Rechercher l'existence de facteurs contextuels déclenchants ou affectifs précipitants
- **Examen clinique INDISPENSABLE, si possible avant administration de tout sédatif**
  - Pouls TA température
  - Examen neurologique complet si possible
  - Trace de piqûre ou traumatisme (cranien notamment)
- **Complété par des examens complémentaires si besoin dès que la situation le permet**
  - Bio standard (iono, urée, créat, Ca, VS, Hte), alcoolémie, toxiques, glycémie ; Rx, TDM **….**

➢ **Approche de l'entourage : indispensable**
  - Permet de confirmer et compléter les données anamnestiques, de rassurer, d'obtenir sa collaboration → assure une **« présence contenante »**

• Diagnostic étiologique

➢ **Causes somatiques**
- **Sd confusionnel** (DECONPHIS) **et ses étios**
- **Tbles endocrinométaboliques :** hypoglycémie, déshydratation, dysthyroidies, hypercalcémie, encéphalopathie hptq
- **Neurologiques :**
  - TC et ses csq (HED, HSD)
  - Epilepsies (agitat° clastique en crise, obnubilat° en φ post-critique, si Σ cfus^{oel} se prolonge : penser à un état de mal)
  - Alzheimer et démences séniles
  - Hémorragie cérebroméningée, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, HTIC, méningite, …

➢ **Causes Ψ relevant d'un ttt somatique**
- **OH : causes somatiques svt intriqués (hypoG, HSD)**
  - **Ivresse simple** : Excitation psychomotrice + Trouble mémoire/jugement/vigilance + incoordination motrice + mydriase + état d'agitation
  - **Ivresse atypique** :
    - ***excitomotrice*** : Raptus impulsif et violent, hétéro-agressivité
    - ***hallucinatoire*** : Hallucinations visuelles et auditives dramatiques
    - ***délirante*** **:** Délire interprétatif : autodénonciat° délirante avec menace suicidaire, persécut°, jalousie, mégalomanie
  - **Sevrage :** préDT et DT
- **Usage de cannabis**
- **Sevrage à l'héroine :** Agitation anxieuse, mydriase, Σ pseudogrippal (sudation, frisson, fièvre, larmoiement, myalgie, dl abdo et tbles digestifs) ± S confusionnel
- **Psychoanaleptique :** délires de type paranoide marqué par l'anxiété et la dépersonnalisat° (Hallucinogènes) ou par l'aggréssivité, la persécution et la mégalomanie (cocaine et amphetamine)
- **Intox au CO (évoquer une TS)**
- **Sevrage au barbiturique (proche DT)**

- **Causes psychiatriques**
  - **Etat maniaque** : Exaltation[Q] et versatilité[Q] de l'humeur, accélération psychomotrice, tbles somatiques (insomnie[Q], amaigrissement, déshydratation) et idées délirantes (mégalomanie, mystique, filiation, méssianique) sans hallu. Humeur syntone au délire.
  - **Etat hypomaniaque :**Tableau de manie ± intense survenat sous thymorégulateur.
  - **Mélancolie délirante ou anxieuse :** Tristesse pathologique, ralentissement psychomoteur intense, désir de mort intense, tbles somatiques (insomnie, AEG) ± délire (culpabilité, hypocondrie)± anxiété (symptomes d'angoisse ++)
  - **Bouffée délirante aigue[Q], psychose schyzophrénique** (Σ dissociatif : ambivalence, détachement du réel, bizzarerie, et impénétrabilité + délire ± paranoïde + repli autistique), **paranoias délirantes à persécuteur désigné**
  - **NB :** PHC, paraphrénie et autres types de paranoïa donne rarement des états d'agitation
  - **Tbles anxieux : crise aigue d'angoisse :** sentiment brusque d'insécurité, de danger imminent avec cortège somatique neurovégétatif -> tjs éliminer angoisse d'o.somatique (EP, hyperthyroidie, phéo, IDM,..). [Q]
    - Le seul trouble anxieux qui ne donne pas d'agitation est la névrose obsessionelle[Q]
  - **Tbles de la personnalité**
    - **Agitation de type hystérie :** manifestations polymorphes théatrâles survanent en public.
    - **Personnalité psychopathique** : Humeur labile, intolérance à la frustration, actes auto ou hétéroagréssif fqts, conduites addictives svt associées.
- **Causes situationnelles**
  - Svt au cours d'une crise conjugale ± violence : attitude d'appaisement nécessaire, de rassurance ss médicaliser le pb.
  - + rarement : au cours d'un etat de stress post-traumatique (accident, catastrophe naturelle,..)

CAT en situation d'urgence avec la posologie médicamenteuse

• *De manière générale*

- Aménagement d'un espace d'**écoute**
- **Si malade armé : recours à la force publique**
- Essayer d'instaurer un **contact verbal**
  - **Calmer** le patient et écouter ses craintes
  - Analyser et comprendre le **contexte de survenue** (au cours des 3 entretiens cf ci dessus)
  - Tjs être à **plusieurs personnes** auprès du patient
- **En cas d'impossibilité** d'instaurer un contact verbal : ttt **sédatif** IM
  - Loxapac® Loxapine NL famille des dibenzo-oxazépines, 3 à 5 amp IM (x 50 mg)
  - En l'Ø CI, après avoir éliminé une étio somatique évidente
- **Eliminer cause organique** médicochir ou toxique par ex clinique et paracliniques si besoin le + tôt possible.
- Etablir un **diagnostic**
- **Hospitalisation** svt sous contraine (HDT) est envisagée
- Mesure de **sauvegarde de justice** si nécéssaire (état maniaque)
- **Isolement** du patient sous surveillance clinique étroite ds une **chambre calme avec éclairage tamisé**, parfois nécessité de mesure de contention physique ou chambre d'isolement
- Mesure de **prévention de tout acte hétéro-agréssif et surtt auto-agressif**.
- Mise en place d'un **ttt symptomatique de l'agitation** adaptée à l'étiologie
- Mise en place d'un **ttt étiologique** ou réévaluation du ttt anterieur.
- **Surveillance** clinique stricte
- Elaboration d'une prise en charge ulterieure de soutien

• *Selon patho*

- **Ttt spécifique ivresse A, sevrage OH – Surdose ou sevrage toxico**
- **Accés maniaque :**
  - **Association d'un NL antiproductif + sédatif en IM pdt 7 j puis relais per os pdt 2 mois ± correcteur**
    - Chlorpromazine 25 mg IM 2. 2 2.
    - Halopéridol 5 mg IM 1. 1. 1.
  - **Psychottt, SDJ, discuter ttt thymorégulateur après bilan étiologique de l'accés maniaque**
- **Agitation névrotique**
  - Benzodiazépine : Valium® PO ou IM 20- 60 mg /24 h
  - Ou Tiapridal® tiapride 1 amp IM surtout si sujet âgé (BZD -> risque de chute, … et autre NL trop anticholinergique)
  - En cas d'échec ou agitation extrême Barnetil ou Loxapac 1 amp IM 5 maximum
- **Psychoses**
  - Idem accés maniaque
  - Poursuite du ttt au long cours (cf QS)

Source : Fiches Rev Prat, RDP Janv 2001, Med Line TTTiq 2000, KB psy, QCM Intest 2000

Attaque de panique = crise d'angoisse aiguë Q 061

Clinique

- ***Manifestation paroxystique d'anxiété, physique et psychique***
  - Début **brutal**, nocturne
  - Sensation de **danger imminent**, de **déréalisation** (= de vivre un rêve), d'impuissance et de **détresse** devant le danger
  - **Angoisse flottante, pseudo-phobie**
  - **Signes subjectifs**
    - Constriction thoracique, suffocation
    - Sensations d'étourdissement, de vertige (non rotatoire) et parfois un évanouissement complètent le tableau
  - **Signes physiques**
    - Paleurs, sueurs, tachycardie, tremblements
    - Agitation stérile ou prostration résignée
    - Parfois : vomissements, diarrhées
  - **Attaque se termine brutalement en qqs min ou heures, avec débacle polyurique ou diarrhéique**

Diagnostic étiologique

- ***Crises d'angoisse spontanées***
  - Certains sujets ont des crises totalement **imprévisibles**, **sans facteur déclenchant**
  - Ces crises **inaugurent souvent** une pathologie anxieuse = **trouble panique**
  - Crises spontanées se répètent à une **fréquence variable** (de plusieurs par mois à plusieurs par jour)
  - A l'origine d'une anxiété quasi permanente : le sujet appréhendant continuellement la survenue d'une nouvelle attaque de panique = " peur d'avoir peur " = **anxiété anticipatoire**
  - souvent évitement des situations dans lesquelles le sujet se sent particulièrement vulnérable, dont il ne peut s'échapper facilement ou dans lesquelles il ne peut être aidé en cas de crise (éloignement du domicile, foule, transports en commun, grands espaces, etc…) = trouble panique associé à une **agoraphobie**
  - Dans certains cas, une **crise spontanée peut rester isolée** et ne pas rentrer dans le cadre d'un trouble panique.

- ***Crises d'angoisse déclenchées par une situation***
  - Des **situations extrêmes** de la vie peuvent déclencher des réactions d'angoisse chez des sujets indemnes de pathologie préalable : accident, agression, annonce d'une mauvaise nouvelle, imminence d'un événement important, etc.
  - Certains sujets, souffrant de **troubles anxieux**, ont en revanche une **vulnérabilité** très particulière à des **situations spécifiques**, à l'origine de crises d'angoisse **prévisibles**.
    - sujets phobiques (**phobies spécifiques, phobies sociales**) peuvent ainsi avoir de véritables attaques de panique lorsqu'ils sont " exposés " à un objet phobogène (animal, objet, lieu, situation sociale, etc.)
    - sujets souffrant de **syndrome de stress post-traumatique** peuvent également présenter des crises d'angoisse dans des circonstances qui leur rappellent l'événement traumatisant antérieur.

- ***Crises d'angoisse au cours d'autres pathologies psychiatriques***
  - La plupart des troubles psychiatriques peuvent être à l'origine d'états anxieux aigus, dont les caractéristiques peuvent se rapprocher plus ou moins de la crise typique.
  - **troubles dépressifs, qui peuvent s'accompagner**
    - de crises d'angoisse aiguës
    - d'états anxieux intenses mais beaucoup plus durables (plusieurs heures voire toute la journée)
  - **troubles psychotiques.**
    - angoisse associée peut être de nature très variable,
    - primaire (angoisse psychotique dans la schizophrénie)
    - secondaire aux autres symptômes (délire, hallucinations, etc.).
  - **pathologies alcooliques et autres dépendances, avec de nombreuses étiologies possibles (intoxication, sevrage, troubles anxieux, dépressifs, ou organiques associés, etc.).**

- ***Crises d'angoisse induites par une substance***
  - **susceptibles d'induire à elles seules des crises d'angoisse aiguës, et leur recherche doit être systématique en cas de contexte évocateur :**
    - alcool, cannabis,
    - cocaïne, hallucinogènes (LSD), amphétamines, solvants volatifs,
    - théophylline, phencyclidine, produits anticholinergiques, dérivés nitrés, préparations thyroïdiennes, corticostéroïdes, oxyde et dioxyde de carbone.

- **Des crises peuvent être également induites par le sevrage de certaines substances :**
  - alcool
  - opiacées, benzodiazépines
  - certains antihypertenseurs

- ***Crises d'angoisse secondaires à un trouble organique***
  - **Il peut s'agir d'un diagnostic différentiel,**
  - **certains troubles somatiques favorisent par ailleurs l'émergence d'une symptomatologie anxieuse aiguë, qu'il faut alors traiter comme telle en plus de la pathologie organique :**
    - crises d'angor, crises d'asthme,
    - épilepsie partielle ou crises sensorielles.

Conduite à tenir

- ***Urgence, Pas d'hospit***

- ***Évaluation***
  - L'examen somatique dans l'urgence est à adapter à la situation et aux premiers signes d'orientation,
  - pouvant se limiter à une auscultation et à une prise de tension artérielle
  - réalisation d'examens complémentaires en urgence : électrocardiogramme, examens sanguins, biologiques et recherche de toxiques au moindre doute. **(au min. : ECG, Gly, rx thorax)**
  - Au plan psychopathologique
    - recueillir le plus d'informations possibles sur les antécédents du patient et les circonstances de la crise, avec la contribution éventuelle de l'entourage.
    - écoute attentive du discours du patient, même sur une période courte, pour orienter le diagnostic étiologique.

- ***Mesures générales***
  - Réassurance, atmosphère calme
  - éloignement des facteurs anxiogènes extérieurs + présence rassurante d'un professionnel permettent très rapidement de réduire l'intensité de la crise ou de la faire cesser.
  - Si l'examen est en faveur de l'existence d'une pathologie organique associée à l'angoisse, il faut le préciser au patient et le prévenir des éventuels traitements et examens complémentaires prescrits.
  - Dans le cas contraire, il est aussi important de le signaler au patient, sans conclure à l'absence de pathologie mais en pointant l'origine psychologique de son état, permettant d'attribuer à l'anxiété les symptômes physiques observés.
  - Lui rappeler que la crise va naturellement céder et qu'en aucun cas sa vie n'est en danger est souvent indispensable.
  - Des méthodes simples permettent également de réduire les symptômes psychiques et physiques
    - défocaliser l'attention du patient des menaces externes ou de sensations internes anxiogènes,
    - orienter cette attention vers un essai de détente d'une partie du corps comme les muscles du bras ou des épaules,
    - surtout modifier le rythme respiratoire : doit être le plus lent et le plus " superficiel " possible, bouche fermée et en s'aidant d'une respiration abdominale plutôt que thoracique. Les respirations amples et l'hyperventilation favorisent en effet l'hypocapnie responsable de nombre de symptômes somatiques.
  - Ces mesures permettent dans la très grande majorité des cas d'obtenir une interruption de la crise.
  - Il faut ensuite expliquer au patient ce qu'il vient de vivre,
  - compléter éventuellement l'examen somatique, et approfondir l'évaluation psychopathologique.
  - En fonction de celle-ci, le patient sera orienté vers son médecin traitant ou vers un spécialiste en fonction de l'étiologie (traitement préventif dans un trouble panique par exemple).

- ***Médicaments (avec poso)***
  - Il ne s'impose que lorsque la crise se prolonge malgré les méthodes énoncées ci-dessus, par exemple au-delà d'une demi-heure, ou que les symptômes sont très intenses (agitation psychomotrice très importante).
  - La voie orale est à privilégier
  - En urgence : anxiolytique[Q], en l'absence de CI : Per os : benzodiazépines : diazépam (Valium®), 1 comprimé à 5 ou 10 mg
  - L'effet anxiolytique, s'accompagnant éventuellement d'un effet sédatif (en fonction de la dose et de la sensibilité du sujet), est obtenu en 15 à 30 min environ.
  - surveillance : vigilance et fonction respiratoire, surtout en cas de prise récente d'alcool ou d'autres toxiques, opiacés notamment.

Source : rdp, KB, medline ttt.

Idées ou conduites suicidaires

Q 062

*Risque majeur de suicide, Récidive, Evaluation du risque, Patho organique ou psychiatrique , **ISRS + NL sédatif***

Généralités

- **Suicide** = Acte de se tuer d'une manière habituellement consciente en prenant la mort comme moyen ou comme fin -> **suicidé**
- **TS** = selon OMS, « acte à issu non mortelle ds lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui en l'absence d'intervention lui sera dommageable ou ingère une substance en qté superieure aux dosages prescits et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des csq φ effectives ou attendues » -> **suicidant**
- **Intention** de suicide sans passage à l'acte -> **suicidaire**
- **12 000** suicidés / an[Q] (1/3 ♀ - 2/3 ♂) – **120 000** suicidants / an (2/3 ♀ - 1/3 ♂) dt **90 %** d'**IMV** et 2ième cause de décés pr les 15-24 ans et 1ière cause de décés pr les 25-34 ans : Pb Santé Pub
- Le **taux de suicide** est + élevé chez les **hommes** et les **vieux**[Q]

Orientation diagnostique

• Diagnostic positif

➢ Reconnaître l'idée de suicide

- **Ds 70 % des suicides, des idées suicidaires ont été verbalisées par le patient** (rarement chez Sujet Agé**)**
- **Distinguer le caractère ± actif de ses idées :**
  1. **Evocation passive** de la mort (maladie-accident) comme solution aux difficultés actuelles
  2. Survenue d'**idées de suicide passagères** que le sujet se sent capable de **contrôler**
  3. Présence d'**idées de suicide actives** s'imposant aux sujets comme la seule solution et par lesquelles il se sent **envahi** de façon insupportable.
  4. Elaboration d'un **projet suicidaire planifié** avec possibilité de réalisation

Agir now

➢ Reconnaître le geste suicidaire : il peut être masqué

- **Au niveau de l'intentionalité** : **désir de fuite**[Q] (= désir de dormir), **désir d'interpeller** l'autre[Q], désir de faire du mal à l'autre (**hétéroagressivité**[Q]**)**
- **Au niveau du geste lui-même** :
  - Conduites à risque chez ado – Sujet jeune : alccolisations répétées et massives, overdose, conduites sexuelles à risque, conduite à gde vitesse
  - Syndromes de désinvestissement : refus de s'alimenter, clinophilie, retrait social, arrêt des ttt, Sd de glissement
  - Automutilation présentée comme un accident ou prise médoc excessive : IMV

➢ Syndrome pré-suicidaire de Ringel

- **Constriction croissante de la personnalité avec :**
  - **Constriction situationnelle** : repli sur soi, limitation des relations interpersonnelles
  - **Constriction psychodynamique** : restriction des émotions et mécanismes de défense
  - **Constriction des idéaux** : réduction des sens des valeurs
- **Inhibition de l'agressivité :** soit refoulé, soit par retournement de celle-ci : intense contrôle de la tension interieure
- **Envahissement fantasmatique par les idées de suicide :** les idées suicidaires occupent tte la vie imaginaire

• Evaluation du risque suicidaire

➢ En fonction de facteurs psychopathologiques **(90% des suicidés)**

- **Mélancolie**[Q] **:** surtt si anxieuse, délirante, dépression d'involution (± Sd de Cottard) -> patho avec risque max[Q]
- **Dépression névrotique ou secondaire**[Q] **:** perso fragile, pronostic vital engagé (cancereux..), OH, toxico, au début de la dépression (du au ttt) ou en fin d'évolution (levée spontanée de l'inhibition psychomotrice avant la dl morale)
- **Schizophrénie**[Q] (10 % de décès par suicide, 40 % ft TS) qq soit phase de la Mie
- **Névrose :** Surtt **hystérique**[Q] et **attaque de panique** (surtt si dépression ou OH)
- **Conduites d'assuétude**[Q] **:** après absorption massive, dépression, angoisse liée au sevrage
- **Personnalité psychopathe**[Q] -> facteur favorisant le passage à l'acte
- **Personnalité limite ou « border-line » :** angoisse d'abandon, effondrements dépressifs

➢ En fonction de la motivation du sujet

- Au travers des idées exprimées
- Au travers de TS anterieure : **pendaison, défénestré > > phlébotomie, IMV**

➢ En fonction des personnalités

- Anxieuse
- Impulsive[Q]

- **En fonction du terrain**
  - **Age : adolescent** Q (TS ↑, suicidé ↓) **par contre chez les sujets > 50 ans et < 12 ans :** suicides accomplis ↑ ↑
  - **Sexe : TS = 2/3 Femmes et suicide = 2/3 Hommes**
  - **ATCD perso de TS**Q (40 % de récidive la 1ière année)
  - **ATCD familiaux de suicide**Q **: Plutôt phénomène psychologique d'identification sf PMD (facteur héréditaire)**
  - **Statut familal et socioprofessionnel** : isolement affectif Q, fragilité professionnelle (chomage, emploi précaire, retraite récente), pb financier -> Risque de situation déclenchante
  - **Absence de croyance religieuse ou philosophique, peu de projet des l'avenir proche ou lointain**
  - **Situation géo : + fqt en zone rurale et en Bretagne et Normandie**
  - **Affections chroniques surtt si hyperalgique, handicapante, ou incurable**

TS a plus de chance de réussir sur : Ouvrier agricole breton de 60 ans veuf depuis peu ayant déjà fait 5 TS (dt la dernière par pendaison) qui fait une 6ième récidive après 5 j de ttt ambulatoire par ADT désinhibiteur pour mélancolie anxieuse ayant débuté ds les suites de sa retraite.

CAT en situation d'urgence

• *Chez le suicidant (prévention tertiaire)*

- Evaluation du risque suicidaire systématique devant tout syndrome dépressif
- Evaluation de la gravité de la tentative
- Hospitaliser le patient **: (au besoin par placement par HDT)**
  - En fonction des csq de la TS
  - S'il existe des éléments de gravité
  - Si entourage pathologique (dramatisation excessive, banalisation excessive, entourage démissionnaire ou isolement)
  - S'il y a un risque de non-observance du ttt ou des difficultés à organiser un suivi régulier
  - S'il existe une pathologie psychiatrique grave associée
- Hospitalisation courte est très fréquente : idéalement de 72 h.
  - Evaluation somatique : cq de la TS
  - Evaluation psychologique : evaluer le risque de récidive à court terme
  - Evaluation sociale et rencontre avec l'entourage proche
- Dépister une pathologie organique sous jacente et un syndrome dépressif
- Surveillance permanente, retrait de tout objet dangereux
- Mise en place d'un ttt étiologique : dépression non mélancolique
  - Le + svt, ttt antidépresseur par voie orale de type ISRS paroxétine Déroxat® à dose curatrice
  - Associé pdt 5 à 15 j à un ttt anxio-sédatif en prévention de la levée d'inhibition : NL sédatif voire une BZD+++
- Psychothérapie de soutien (présence rassurante auprès du patient)
- Après la sortie
  - Suivi psychologique indispensable
  - Réinsertion professionnelle
  - Lutte contre l'isolement
  - TTT antidépresseur à poursuivre et à réévaluer de le tps
  - Mesure hygiéno-diététique
  - Relaxation
  - Eviter les psychostimulants et l'alcool
- Traitement spécifique de la mélancolie grave : sismothérapie

• *Suicidaire (prévention secondaire)*

- Toute volonté de mourir doit être prise au serieux ∀ contexte (hystérie,..)
- Poser la question de l'existence d'idée suicidaire à un dépréssif n'augmente pas le risque suicidaire
- Evaluer des critères d'urgence
  - Idées de suicides actives et prévalentes
  - Projet suicidaire élaboré et planifié
  - Patho Ψ aigue : BDA, accès mélancolique
  - Sd pré-suicidaire de Ringel
  - Présence de FDR suicidaire
- En présence de facteurs d'urgence : Hospitalisation : cf ci dessus
- En l'absence de facteurs d'urgence, ttt ambulatoire ou hospit selon patient et son entourage (Ø HDT) :
  - Prise en charge psychomédicosociale avec en relais le soutien des associations (structure d'acceuil / d'écoute)

Source : Fiches Rev Prat, RDP Oct 99, KB psy, Med Line TTTiq, ConF Cyril Pelloin, QCM Intest 2000

Syndrome dépressif et principes du ### Q063

Dépression névrotique Mélancolie Causes secondaires Risque suicidaire

Sémiologie

- **DEFINITION :**
  - **3 dimensions principales :**
    - **Dépression de l'humeur** proprement dite = tristesse de l'humeur
    - **Ralentissement psychomoteur** qui lui est intimement lié
    - **Perturbations de certaines grandes fonctions** de l'organisme très précieuses pour appuyer le diagnostic.
  - **NB :** cette symptomato peut être opposée point par point à celle du tble de l'humeur inverse que constitue la manie.
  - **Humeur** : Disposition affective fondamentale qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre plaisir et douleur
  - **2 grands types de dépression**
    - **Primaire** : pas d'autre atcd que des tbles dysthymiques
    - **Secondaire** : cq d'une autre pathologie
  - **Dépression chronique : si > 2 ans d'évolution**

- **DIAGNOSTIC**
  - **Humeur dépressive = douleur morale**[Q]
    - **Tristesse**[Q]**, désespoir, sentiment de culpabilité**
    - **Ennui, indifférence, anesthésie affective**
    - **Au max => Anhédonie**[Q] : Perte du plaisir lié à l'existence, aux activités, aux relations investies ayant pour cq
      - Autodépréciation, perte de l'estime de soi, pessimisme[Q], idée de ruine[Q], perte des intérêts[Q]
      - Idées noires, désir de mort
        - ⇨ Idées récurrentes de mort, au minimum avec risque de passage à l'acte si inhibition psychomotrice ne l'empêche pas
        - ⇨ Tentative de suicide[Q] et suicide +/- élaborés, au max : période féconde = **petit matin**
        - ⇨ Equivalents symboliques de suicide : Anorexie totale
  - **Ralentissement psychomoteur**[Q+] **réversible**
    - **Intellectuel = bradypsychie**
      - Baisse de la concentration (lecture, TV , conversation difficiles)
      - Baisse de la mémoire, de la volonté
      - Oscillations idéiques
    - **Moteur : asthénie dès le début de la journée**
      - Diminution de la mimique, aspect figé du visage, gestes rares => au max stupeur et mutisme
      - Incapacité à entreprendre, à travailler
      - Ce phénomène pourrait jouer un rôle protecteur contre le passage à l'acte suicidaire
    - **Parfois remplacé par l'agitation anxieuse**
  - **Anxiété** [Q] **pouvant masquer l'humeur dépressive**
  - **Perturbation des grandes fonctions de l'organisme** (« ancrage biologique de la dépression ») **: tbles somatiques**
    - **Sommeil :** insomnie de 2ième partie de nuit[Q]
    - **Amaigrissement , Anorexie**[Q]**, boulimie**[Q]**, polyphagie**[Q]**, sitiophobie**[Q 1997] **(refus alimentaire)**
    - **Inhibition sexuelle, impuissance, baisse de la libido**
    - **Asthénie matinale**[Q]
    - **Aménorrhée**
    - **HypoTA**
    - **Constipation, dyspepsie, dégoût des aliments**
    - **Oligurie, pollakiurie**
  - **Signes associés**
    - **Incurie**
    - **Plaintes hypocondriaques**[Q]
    - **Parfois idées délirantes**[Q] **ds dépressions endogènes**

- **FORMES CLINIQUES**
  - **Dépression primaire endogène : Mélancolie**[Q++] **Q243**
    - **Formes cliniques de mélancolie = M SADIC**
      - **Mixte** : état mixte
      - **Stuporeuse**[Q] : suspension de toute activité motivée en l'absence de tbles moteurs => inhibit° psycho-motrice. Il faut éliminer les autres causes de stupeur (Choc émotionnel [Q], catatonie[Q], états confusionnels[Q])
      - **Anxieuse :** Symptomes d'angoisse avec agitation inefficace et risque majeur de TS +++ => sismo en 1ière intention
      - **Involution** : Chez la femme de 50 ans ménopausée sans atcd dysthymique parfois sur terrain sensitif ou obsessionnel, apparition d'un délire d'hypocondrie et Sd de Cottard [Q] = délire de négation (d'organes[Q], du monde…) + idée d'immortalité, peu ralenti, agitation anxieuse importante, ttt moins efficace que ds PMD typique
      - **Délirante** : Thèmes : idées d'incurabilité[Q++], de culpabilité[Q], auto-accusation, hypocondrie . Mécanisme rarement hallucinatoire, syntone à l'humeur
      - **Confuse :** DTS, troubles de la mémoire, troubles des fonctions intellectuelles, est une forme grave de dépression nécessitant, un ttt urgent. Elle peut poser un pb diagnostique avec une affection organique.
  - **Dépression primaire psychogène ou exogène**
    - **Définition : Dépression générée psychologiquement en réaction :**
      - A un evt dlx compréhensible = **dépression réactionnelle** [Q]
      - A un evt mineur, voire heureux, qui vient réactiver un conflit intrapsychique = **dépression névrotique**
      - A une accumulation de tension psychique = **dépression d'épuisement**
    - **1 : Caractéristique sémiologique**
      - ⇨ Sd dépressif peu marqué avec demande d'aide +++ (conscient du trouble) : dysphorie fluctuante (selon jour et heure) réactive à l'environnement avec asthénie plus qu'une inhibition
      - ⇨ Anxiété frqte, insomnie d'endormissement ou hypersomnie refuge
    - **2 : Sur une personnalité fragile**[Q]
      - Névrotique : hystérique, obsessionnelle ou anxieuse Q 242
      - Dépressive :
        - ⇨ Fragilité du Moi (hypersensibilité au déplaisir, souffrance intérieure, manque de confiance en soi)
        - ⇨ Culpabilité
        - ⇨ Ambivalence => indécision
        - ⇨ Conduite d'echec
        - ⇨ Tendance à investir ts ses intérêts sur un seul objet
        - ⇨ Incapacité à s'adapter devant une frustration
    - **3 : Absence d'élemts stuporeux, confusionnels ou délirants ; pas d'ATCD de patho depressiogène ou de PMD**
  - **Dépression masquée**
    - **Le syndrome dépressif est au 2ième plan** (pas de réelle dl morale[Q]), **d'autres symptômes dominent le tableau clinique :**
      - Sd algiques divers, paresthésies
      - Anorexie périodique ←
      - Tbles sexuels ←
      - Toxicomanie, alcoolisme

      Mais ils possèdent des traits depressifs
      - ○ Variable d'un jour à l'autre ou ds l'année
      - ○ A prédominance matinale
      - ○ Cèdent aux AD
    - **Terrain : Femme entre 35 et 60 ans ayant une personnalité fragile avec Atcd dépressifs**

Diagnostic étiologique

- **PRIMAIRE = PAS D'AUTRE ATCD QUE DES TBLES DYSTHYMIQUES**

Dépressions primaires

	Dépression endogène = génétique	Dépression psychogène = exogène = sur personnalité fragile
- Facteur déclenchant	0	+
- ATCD psychiatriques[Q+]	+	0
- Troubles de l'humeur	+++	+
- Ralentissement	+++	+
- Sommeil	réveils matinaux[Q]	insomnie d'endormisse[t], hypersomnie
- Troubles somatiques	+++	+
- Variation nycthémérale	max le matin	variable
- Variation saisonnière	prédomine en hiver[Q]	
- Réactivité à l'environnement	0	+++
- Réponse aux antidépresseurs	+++	+
- Réponse à la psychothérapie		++++
	PMD (bipolaire / unipolaire) **Dépression d'involution**	**Dépression réactionnelle** **Dépression névrotique** **Dépression d'épuisement**

- **SECONDAIRES = CQ D'UNE AUTRE PATHOLOGIE SOMATIQUE OU PSYCHIATRIQUE**
  - **Somatogène =Allure confuso-onirique ou dépression névrotique**
    - **Causes neurologique**
      - Tumeur, démence (Alzeihmer), TC, Sd Parkinsonniens[Q], Epilepsie (risque suicidaire), SEP en phase tardive, Insuffisance vasculaire cérébrale, paralysie générale
    - **Infectieux**
      - Tuberculose, convalescence de grippe, Hépatite virale chronique[Q] (B et C), MNI
    - **Endocrinienne**
      - Hypothyroïdie[Q], hyperparathyroïdie, Sd de Cushing[Q], Addison, Diabète, Porphyries
      - Grossesse, ménopause, sd prémenstruel
    - **Maladies graves**
      - Toutes Mies générales à **pronostic vital péjoratif** (cancer, hémopathie, Sida)
      - Toutes Mies générales **potentiellement asthéniante**
      - Toutes Mies chroniques **imposant un ttt à vie** (collagénose, dialysé, HTA, Diabète…)
      - Toutes mies graves **en rémission ms avec fort risque de récidive**
      - Touchant **l'intégrité corporelle** : mammectomie, amputation…
    - **Maladies psy. structurées : dépression en est l'évolution possible**
      - Toutes les névroses surtt si obsessionnelle
      - Psychoses (svt secondaire au ttt par NL)
      - Aloolisme[Q] et toxicomanie
  - **Iatrogène = NOCTAnBARS**
    - **Neuroleptiques**
    - **Oestroprogestatifs**
    - **Corticoïdes**[Q]
    - **Tagamet**
    - **Anti HTAcentraux** : réserpine, clonidine
    - **ß bloquant**
    - **Amphétamines**
    - **Rimifon (INH), antiviraux (**comme IFN alpha)
    - **Sevrages :** Ds la prise de drogues psycho stimulantes[Q], la période d'abus est suivie d'un sd dépressif

CAT en situation d'urgence

- **BILAN PRE-THERAPEUTIQUE**
  - **Recherche une étiologie**
  - **Evaluer le risque suicidaire Q 062: CADAFIE-CIA**
  - **Apprécier retentissement de la dépression**

CONTRAT THERAPEUTIQUE INEXISTANT
ANXIETE
DL MORALE INTENSE [Q]
AUTO-AGGRESSIVITE, AUTO-ACCUSATION
FANTASMES SUICIDAIRES /ATCD SUICIDAIRE [Q]
INSOMNIE MARQUEE
EXPRESSION DE DESIR DE SUICIDE

CHOMAGE
ISOLEMENT [Q]
ALCOOLISME [Q]

- **HOSPITALISATION EN CAS DE RISQUE SUICIDAIRE**
  - **Atcd de TS, désir de suicide**
  - **Atcd fam ou personnel de suicide ou mélancolie**[Q]
  - **Mélancolie**[Q]
  - **Isolé**[Q] **ou milieu pathogène**
  - **Echec du ttt ambulatoire**
  - **Amaigrissement > 5 kg en 1 mois et insomnie totale**
  - **CIA = chomage, isolement**[Q]**, alcoolisme**[Q]
  - **Comportements dangereux**
- **RENUTRITION REHYDRATATION**
- **DEPRESSION PRIMAIRE EXOGENE = PSYCHOGENE**

Ttt ambulatoire si possible, **Arrêt de travail** **Chimiothérapie antidépressive** : ADT ou ISRS ○ En 1ère intention, hors CI : ADT per os ○ Clomipramine Anafranil® à doses progressivement croissantes ; dose totale à évaluer selon patient ○ Associé à un sédatif au début : NL sédatif[Q] ou BZD surtt si anxiété, car levée inhibition vers J7 et efficacité des AD vers J 15. ○ En cas d'insomnie sévère : 1 cp stilnox au coucher	**Relaxation, éviter OH, café….** **Si pole anxieux +++, impulsif** : IRS (deroxat®) **Si très ralenti, anesthésie affective :** IMAO (stimulant) **Durée du ttt** ○ 6 mois à 1 an ○ Diminution très progressive, selon sympto/tolérance…. **Psychothérapie systématique essentielle** ○ De soutien, Délicate, longue, difficile ○ + sociothérapie sujet âgé

- **D. ENDOGENE Q 243 ET D.SECONDAIRE => TTT ETIOLOGIQUE**

***Source** : Fiches Rev Prat, KB, rdp, C.Pelloin, QCM Intest 2002*

Syndrome démentiel

Q 064

*Démence dégénérative, Cause curable (10-15%) ; **Très fréquent** : entre **5 et 20%** des > de 65 ans **et 20 à 50%** des > 80 ans.*

Détérioration **globale** et **acquise** des fonctions cognitives avec perturbation des **conduites sociales** d'évolution **progressive** et **chronique**.

Orientation diagnostique

• Sémiologie

- **Troubles des fonctions cognitives**
  - Installation progressive des troubles, possible Sd confusionnel aigu au début
  - **Amnésie antérograde**[Q] (amnésie de fixation et des faits récents) évoluant vers l'amnésie complète.
  - **DTS**[Q]
  - **Apraxie**[Q] idéomotrice > constructive > idéatoire
  - **Agnosie**[Q] visuelle, prosopagnosie[Q] et anosognosie
  - **Troubles du langage**[Q] : dysarthrie, manque du mot[Q], jargonaphasie[Q]
  - **Dyscalculie**
  - **Troubles de l'attention, du raisonnement**[Q]**, du jugement**[Q], perte d'autocritique
  - **Troubles du caractère** : colère, irritabilité
  - **Trouble du comportement** : violence, fugue, suicide, incurie, incontinence, stéréotypie gestuelle avec réapparition réflexes primaires : grasping, succion
  - **Apathie**
  - **Trouble de l'humeur** : Dépression fréquente avec **idées délirantes**[Q] (**persécution**[Q])
  - **Désinsertion socioprofessionnelle**
- **AEG :** Anorexie, amaigrissement, déshydratation
- **Examen neurologique et complet** à la recherche d'élément d'orientation

• Tests psychométriques/psychocomportemental (surveillance +++)

- **Réalisation d'un MMSE (Mini Mental Test Examination)**
  - Il ne sera pas le seul test utilisé (cf infra)
  - Valeur seuil (indpdte de l'âge et CSP) **: anormal si < 24**
- **Autres test utilisés :**
  - **Test de l'horloge** (dessiner une horloge avec heure indiquée et définir gde et petite aiguille)
  - **Test de fluence verbale** : On demande au patient de dire en un temps déterminé (1 ou 2 min) ts les noms appartenant à une même classe (ex : les animaux) : c'est la fluence lexicale catégorielle. On peut aussi lui demander tous les mots communs débutant par une lettre donnée (ex : « F ») : c'est la fluence lexicale alphabétique. Il explore la mémoire sémantique.
  - **Autres tests** : Epreuve de rappel de 5 mots, épreuve d'arithmétique, épreuve de similitude
- **Evaluation du retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne**
  - **Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne** (IADL).
  - **Echelle simplifiée :** 4 items les plus sensibles (utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise des médicaments, gestion des finances)

• Examens complémentaires

INDISPENSABLES

- **NFS-plaq**
- **Ionogramme sanguin**
- **Calcémie**
- **Glycémie**
- **TSHus**
- **IRM cérébrale en 1ière intention** (si indisponible : TDM cérébral +/- PDC)

- Seuls examens en 1ière intention pour l'ANAES
- Dépiste très peu de démence secondaire
- Les autres examens devront être mis dans la case à l'internat.

SELON LE CONTEXTE ETIOLOGIQUE

- **VS**
- **TBH** (TP, Bili ..)
- **Urée, créat**
- **Vit B12 ; folates**
- **Sérologie VIH, TPHA-VDRL**
- **PL** (suspicion de méningite ou d'encéphalite, sérologie syphilitique positive, HPN, démence débutant avant 55 ans, démence atypique, immunosuppression, suspicion de maladie inflammatoire ou démyélinisante du SNC).
- **EEG ± analyse spectrale**
- **Imagerie par** émission monophotonique (SPECT)

- ***Diagnostic différentiel***
  - **Syndrome confusionnel : Début aigu** avec **troubles de l'attention** au 1ier plan, **fluctuant et réversible**. Un Sd confusionnel peut débuter une démence.
  - **Dépression mélancolique sujet âgé : Inhibition psychomotrice** au 1ier plan, trble du langage généralement absent => parfois **ttt d'épreuve aux antidépresseurs**
  - **Aphasie de Wernicke :** déficit isolé du **langage**
  - **Syndrome de Korsakoff[Q] :** Déficit isolé de la **mémoire** (fabulation[Q], fausse reconnaissance[Q]), pas de tableau démentiel[Q]
  - **Sd frontal :**cf. encadré

Diagnostic étiologique

- ***Démences secondaires***
  - **Démences vasculaires**
    - **Arguments** : ATCD vasculaire[Q], FDR CV[Q], Evolution par à coups[Q] ± régressif (marche d'escalier), déficit neuro focaux[Q], Σ pyramidal
    - **Sd pseudobulbaire** :
      - Tble phonation et déglutition constant
      - Diminution mobilité de la langue sans fasciculation, ni amyotrophie
      - Rire et pleurer spasmodique
      - Diplégie faciale, augmentation du réflexe massétérin
    - **Bas débit : sténose** bi carotidienne serrée, **médicaments** hypotenseur
    - **Etat lacunaire[Q] :** Sd **pseudobulbaire[Q]** + marche à **petit pas[Q]** + troubles **sphinctériens** chez un **HTA[Q]** mal controlé avec **multiples[Q] hypodensités** sur TDM
    - **Encéphalopathie de Binswanger :** rare, chez un **HTA** : **Déficit ± régressif** avec installation **progressive** d'une démence. **Leucoaraïose** autour des cornes ventriculaires au TDM.
    - **AVC unique bithalamique** par ischémie des 2 artères cérébrales profondes
  - **Démences toxiques**
    - **OH : Atrophie cérébrale, carence en B1** : Gayet-Wernicke [Q]; **en vit PP** (pellagreuse) et **Sd de Marchiafava - Bignami** (nécrose du corps calleux) (cf Q 222)
    - **Médoc (réversible à l'arrêt) :**
      - Sédatif (NL, BZD, ADT)
      - Phénobarbital, clonidine
      - ts les anticholinergiques (DITROPAN,…)
      - Dopamine
    - **Intox au CO**
  - **Démences métaboliques**
    - **Carence en folate et B12** (tardive, ds Biermer)
    - **Hypothyroidie** chronique non ttt
    - **Hypoglycémie** chronique
    - **IRC**
    - **Tble ionique chronique :** hypoNa, hypoCa, hyperCa
    - **Encéphalopathie hépatique chronique**
    - **Mie de Wilson** (Cu)
  - **Démences infectieuses[Q]**
    - **HIV +++**
      - Encéphalite à HIV
      - Leuco Encéphalopathie Multifocale Progressive à Papovirus JC
      - Encéphalite à CMV
      - Toxoplasmose
      - Syphilis
      - Lymphome cérébral
    - **Syphilis tertiaire** := Syphilis tertiaires
      - Détérioration progressive avec **délire mégalomaniaque** (« couille en or »)
      - **S d'Argyll-Robertson** (anisochorie, myosis avec absence de RPM mais conservation du réflexe d'accomodation convergence), dysarthrie, tremblement des lèvres
      - **TPHA / VDRL svt négatifs à ce stade**. Le + spécifique est le test de **Nelson[Q]**
      - Stabilisé par **Péni G** pdt 15 j.

- Rechercher **HIV** associé. Forme + grave avec résistance aux ATB (ttt + prolongé)

- **Méningoencéphalite tuberculeuse ou de la Mie de Lyme**
- **Maladie de Creutzfeldt-Jakob**
  - Mie à déclaration obligatoire
  - **Encéphalopathie spongiforme** transmissible du à un prion (absence d'Ac.nucléique) dont il existe des formes sporadiques (précoce) et familiale (tardive).
  - **Tableau associant :**
    - Syndrome cérébelleux statique et cinétique
    - Syndrome pyramidal des 4 mb
    - Syndrome extrapyramidal
    - Syndrome démentiel
    - Myoclonies d'installation subA spontanées ou déclenchées par des stimulations externes.
  - **Imagerie** : Atrophie cortico souscorticale non spécifique
  - **PL :** Dosage standard N et recherche + de : **ptn 14-3-3**
  - **EEG** : Tracé de fond pauvre avec **ondes triphasiques periodiques lentes et de gdes amplitudes évocatrices** mais non constantes.
  - **Anapath** : Spongiose du SNC, perte neuronale et gliose astrocytaire.
- **Maladie de Whipple :** diarrhée C + polyarthrite + polyADP + démence + myoclonie buccale + ophtalmoplégie supranucléaire. TTT par Bactrim® (cf Q 075)

Démences neurologiques

- **HPN[QD] : Hydrocéphalie communicante chez le sujet âgé**
  - Défaut de résorption du LCR par granulation arachnoïdiennes de Pacchioni au niveau des citernes de la base entraînant une dilatation tétraventriculaire sans HTIC[Q].
  - **Triade de Hakim-Adams** : Ds l'ordre d'apparition : **tble équi/marche**[Q] (mapp, rétropulsion => apraxie) puis **incontinence sphincterienne**[Q] puis **syndrome** démentiel[Q] de type **frontal**[D].
  - **Etio** : Idiopathique (50%), ou à distance d'un TC[QD], méningite, hemorr.méningée, neurochir.
  - **TDM non injecté** : Dilatation tétraventriculaire[D] sans atrophie corticale avec plage d'hypoD[D] autour des cornes frontales / occipitales : résorption transépendymaire.
  - **PL soustractive** : LCR N, Amélioration temporaire[D] surtt tble de la marche/sphinc.
  - **ScintiG au Xénon[D] avant et après PL** : Augmentation du débit sg cortical frontal après PL.
  - ***Ttt*** : **dérivation ventriculaire interne**[D] ± Acetazolamide ± Mannitol
- **HSD chronique[Q] :** hypo ou isoD (si sg vieilli) au TDM
- **Tumeur cérébrale** (surtt lobe frontal, 3° ventricule) : HTIC + S neuro focaux
- **Démence paranéoplasique :**
  - Svt encéphalite limbique (mémoire) avec **autoAc anti Hu et Ri** à la PL (KBP à petite cellule)
- **Vascularite, GS, LEAD, Σ APL**

• *Démences dégénératives*[Q]

Maladie d'Alzheimer[Q] (cf Q 232) la + fqte[Q]

Maladie de Pick[Q]

- Rare, **démence présénile**[Q] **45-65 ans**, plutôt une **femme**
- Début insidieux et progressif par stéréotypie gestuelle et phasique
- Syndrome **frontal**[Q]
- Absence de DTS, absence de tble praxique
- **TDM** : Atrophie corticale **frontotemporale**[Q] avec dilatation symétrique des cornes frontales des V.lat
- **Anapath** : démyélinisation, gliose astrocytaire, ballonnisation neuronale
- **Aggravation, grabaterisation et mort en 3-8 ans**

Démences sous corticales :

- **Chorée de Huntington :** Auto dom 30-50 ans, mvt choréique + démence, phénomène d'anticipation, expansion aN de triplets nucléotidiques. Décés 15-20 ans après.
- **Parkinson**
- **Maladie des corps de Lewy** : Démence frontale (atteinte corticale avec présence de corps de Lewy) + Mie de Parkinson + hallucination fqte + évolut° fluctuante.
- **Maladie de Steel-Richardson** (paralysie supra-nucléaire progressive) : paralysie de la verticalité du regard[Q], chute précoce[Q], hypertonie à prédominance axiale[Q].

Syndrome frontal

- ***Clinique***
  - **Réduction spontanéité motrice**
    - coté opposé à lésion
    - akinésie, négligence motrice
  - **Préhension pathologique**
    - grasping réflexe
    - aimantation
    - réflexe de succion
  - **Persévérations verbales, gestuelles et apraxie dynamique**
  - **Troubles de l'équilibre et apraxie de la marche**
  - **Troubles oculo-moteurs et visuels**
    - négligence visuelle
    - déviation conjuguée tete+yeux vers lésion.
  - **Troubles personnalité et comportement**
    - perte d'initiative, apathie, désinterêt, apragmatisme
    - libération des comportements instinctifs(utilisation,urination,boulimie,sexuels)
  - **Troubles de l'humeur**
    - indifférence affective
    - jovialité excessive, calembours
  - **Troubles cognitifs**
    - tbles de l'attention
    - tble langage
    - tble raisonnement, jujement
    - tble de programmation des gestes
- ***Etiologies***
  - processus expansif frontal :tumeur, HSDĊ,abcès
  - AVC
  - Post-trauma
  - HPN
  - Syphillis III
  - Pick

MOYEN MNEMOTECHNIQUE =DEMENTH

- Déficit métabolique carences
- Encéphalites
- Maladie de Whipple et vascularite
- Encéphalopathie artériopathique et vasculaires
- Néoplasie/ paranéo
- Traumatique Toxique
- HPN

Sd maniaque et principes du

Q 065

Copier-coller extrait de la fiche sur PMD : rien de plus

	ACCES MELANCOLIQUE	ACCES MANIAQUE
	Début progressif : tristesse, asthénie	**Début rapidement progressif par insomnie précoce/rebelle**
SD DEPRESSIF INTENSE	**Dl morale intense = tristesse pathologique** ○ Tristesse profonde, permanente, aréactive ○ Dégoût de la vie, anesthésie douloureuse ○ Anhédonie : incapacité à éprouver du plaisir **Inhibition psychomotrice** Q ○ Faciès figé – amimie – bradykinésie ○ Bradyphémie (baisse D°verbal : réponse lente , laconique) => mutisme ○ Prostration => stupeur Q ○ Vide de la pensée, monoïdéisme ○ Aboulie **Désir de mort intense** (gravité +++) ○ Risque suicidaire Q+++ : fréquent et grave, parfois inaugural - Raptus impulsifs - Conduites élaborées et préméditées ○ Mort désirée et recherchée de façon obsédante, comme un châtiment mérité **Anxiété incste et svt masquée par le ralentissement**	ACCELRATION PSYCHOMOTRICE / EXALTATION DE L'HUMEUR **Modification de l'humeur** ○ **Hyperthymie = exaltation de l'humeur** - Expansion euphorique de l'humeur, vision + de lui - Idées de grandeur, optimisme, rire, chant - Contact familier superficiel, tutoiement facile = désinhibition instinctuelle - Sentiment de tte puissance, de forme inébranlable ○ **Versatilité de l'humeur** Q - Fustrations mal supportées et peuvent faire varier humeur ou engendrer comportements agressifs - Réactivité majeure à l'environnement **Accélérat psychoM :** ne peut refreiner son activité mentale ○ Trbles cognitifs (fuite des idées Q, distractibilité, troubles des associations idéiques « coqs à l' âne », jeux de mots) ○ Tachypsychie, tachyphémie, hypermnésie, Logorrhée Q ○ Agitation psychomotrice jusqu'à la fureur destructrice ○ Hyperactivité désordonnée et improductive **Troubles du comportement** (désinhibition sexuelle, dépenses inconsidérées Q, ludique (jeux de mot)
SOMATI	○ Insomnie rebelle du petit matin ○ Anorexie, amaigrissement ○ AEG intense ○ Baisse libido **Ds le cadre du SD depressif**	SOMATIQUE ○ Insomnie constante Q++ sans sensation de fatigue ○ Anorexie ou hyperphagie, amaigrissement ○ Déshydratation, hyperthermie ○ Augmentation de la libido = hypersexualité

IDEES DELIRANTES	**Thèmes** => **Délire inconstant** ○ Culpabilité, indignité, dévalorisation ○ Persécution, autoaccusation, renoncement, anhédonie **Organisation :** systématisé (à vérifier) **Mécanismes** ○ Intuitif = sens erroné donné à qqchose qui n'existe pas ○ Interprétatif = sens erroné donné à qqchose qui existe ○ Hallucination cénesthésique= perception sans objet ○ Illusion = Distorsion sensorielle de la perception **Adhésion :** totale au délire **Type** : dépressif **Evolution :** durée : aiguë < 6 mois **Syntonie :** syntone : humeur adaptée au délire, congruente	**IDEES DELIRANTES** **Thèmes = trouble du contenu de la pensée** ○ Mégalomanie[Q] ○ Mystique ○ Erotique ○ De Grandeur, de filiation **Organisation :** systématisé (à vérifier) **Mécanismes** ○ Jamais d'hallucination ○ Intuition, interprétation surtt **Adhésion : totale au délire** **Type :** **Evolution : durée : aiguë < 6 mois** **Syntonie : hypersyntonie** [Q]
	ACCES MELANCOLIQUE	**ACCES MANIAQUE**
FORMES CLINIQUES	**1 : Mélancolie stuporeuse** ○ Stupeur[Q] = suspension de toute activité motivée en l'absence de tbles moteurs => inhibit° psycho-motrice +++ ○ Eliminer les autres causes de stupeur - Choc émotionnel [Q] - Catatonie [Q] - Etats confusionnels [Q] **2 : Mélancolie anxieuse** ○ Symptomes d'angoisse avec agitation inefficace ○ Risque majeur de TS +++ => sismo en 1ière intention **3 : Mélancolie délirante** ○ Thèmes : idées d'incurabilité[Q++], de culpabilité[Q], auto-accusation, hypocondrie ○ Mécanisme exceptionnellement hallucinatoire ○ syntone à l'humeur **4 : dépression d'involution** ○ ***Terrain*** : F > 50 ans ménopausée sans atcd dysthymique parfois sur terrain sensitif ou obsessionnel ○ ***Délire*** ++++ - hypocondriaque - Sd de Cottard[Q] = délire de négation (d'organes, du monde…) + idée d'immortalité ○ ***Ralentissement psychomoteur rare*** ○ ***Agitation anxiété importante*** ○ ***Ttt moins efficace que PMD typique***	**1 : Hypomanie** ○ Excitation efficace et non délirante ○ Fréquente sous lithium ou AD[Q] **2 : Manie délirante (cf) :** pas un réel délire à proprement parler, on parle plus d'idées délirantes. **3 : Manie confuse : rare imposant d'éliminer toute cause organique de manie** (cf diagnostic différentiel)
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	**1 : Dépress°symptomatique d'une affection somatique :** ○ Symptomatologie confusionnelle (qui doit être systématiquement recherchée), ○ Etat dépressif atypique (résistant aux AD, d'évolution fluctuante, associé à des troubles du caractère...) ○ Eléments d'orientation de l'examen somatique ○ Affections en cause sont neurologiques, endocriniennes (hypoT), toxiques, métaboliques ou générales **2 : Dépressions non mélancoliques ou exogénes** **3 : Dépressions secondaires lors d'une Mie organique** (K incurable, Mie chronique) **ou psychiatrique** **4 : Démences débutantes**	**1 : BDA et moment fécond de schizophrénie** **2 : Affections somatiques** ○ ***Lésion frontale*** : ***Hématome ou tumeur*** (Moria des frontaux se caractérise plutôt par une désinhibition instinctuelle avec béatitude niaise) , ***SEP*** ○ ***Syphilis tertiaire*** = Tabès (Sd démentiel avec délire mégalomaniaque "couille en or" , dysarthrie, tremblement des lèvres, S d'Argyll-Robertson , paralysies générale) ○ ***Qq hyperthyroïdies*** s'accompagnent d'une agitat° psychoM. ○ ***Prise de toxiques*** : cocaïne [Q], corticoïdes [Q], L-Dopa, amphétamines et anorexigène, INH [Q], Levothyrox, Lariam, bromocriptine, antiHTA central, anticholinergique... **3 : Démence sénile, démence de Pick :** ○ Il s'agit toutefois d'une désinhibition instinctuelle plus que d'un syndrome d'excitation avec euphorie et tachypsychie ; en outre, les troubles du jugement sont au premier plan. **4 : Hystérie**
	• **ETAT MIXTE = COEXISTENCE DE SYMPTOMES MANIAQUES ET MELANCOLIQUES, EN MEME TPS** [Q+] ▪ Classiquement les troubles maniaques et dépressifs s'excluent mutuellement. Leur association est **rare** et définit l'état mixte. Le comportement est de type maniaque (agitation, tachypsychie...) alors que les thèmes exprimés sont du registre dépressif (désespoir, culpabilité...).	

Evolution

- **Accès maniaque**
  - Sédation de l'agitation en qq jours sous ttt mais rémission complète de l'accès spontanément en 6 mois
  - Risques de **cq médicolégales** graves de l'euphorie et de l'excitation sur les actes du patient ou sur son état somatique
  - Accès maniaque ou mélancolique peut survenir à distance.

Traitement des accès

- **URGENCE PSYCHIATRIQUE**
- **HOSPITALISATION** PARFOIS **SANS LE CONSENTEMENT DU PATIENT :** HDT OU HO SELON LES DISPOSITIONS LOI DU 27/06/90
- **ISOLEMENT ET SURVEILLANCE**
- **MISE EN ROUTE DU TTT MEDICAMENTEUX**
  - **Après bilan pré thérapeutique** (Eliminer les CI aux ADT 3 c) **et en l'absence d'allergies connues** :
    - Clinique (TR, oph)
    - Bio (TBH, fct rénale, B HCG)
    - ECG, RP, EEG
  - **Antidépresseurs tricycliques**[Q] **IVL**
    - A dose rapidement progressive avec dose optimale en 4 j sous surveillance : pouls TA, humeur, ECG
    - **Anafranil**® (1 amp 25 mg à J1 => 6 amp 25 mg J5) IVL 10 jours avec relais per os à doses efficaces (pdt 6 mois)
  - **+ Sédatif pdt 10 jours**
    - En prévention de la levée de l'inhibition : BZD ou NLP sédatif Nozinan® 2cp/j per os
  - **ou Sismothérapie**[Q]
    - **Si contre indications ou échecs des AD ou en 1ière intention si Mélancolie délirante, stuporeuse, très anxieuse**
    - **Après bilan pré-op et consultation pré-anesthésique, hors CI**
      - Anévrisme cérébral, AAoAbdo
      - IDM récent, Coronaropathies
      - Maladies emboligènes
      - Tumeur cérébrale, HTIC
      - AVC récent
      - IMAO
      - CI de l'anesthésie
    - **Sous AG avec curarisation**
    - **Série de 9 à 10 séances selon efficacité, poursuivi à rythme régulier pdt 6 mois, associé au ttt médical** d'entretien
  - **Après guérison de l'épisode**
    - Maintien du ttt médical pdt 6 à 18 mois avec surveillance de l'efficacité et de la tolérance
    - Si amélioration : diminution progressive par paliers
    - Psychothérapie de soutien puis si nécessaire psychothérapie + structurée
    - Maintenir au max. l'insertion professionnelle, arrêt de travail à reconsidérer à intervalles réguliers

- **ACCES MANIAQUES**
  - **Urgence :** Hospitalisation svt sans le consentement HDT ou HO[Q]
  - **Isolement**
    - En chambre seule, au calme, en l'absence d'objets dangereux pour le patient ou autrui
    - Mise en pyjama
    - Confiscation des moyens de paiement
  - **Chimiothérapie sédative**[Q] **puissant en urgence, hors CI**
    - **NL sédatifs et antiproductifs à fortes doses,** voie IM svt nécessaire => ex : Largactil + Haldol
    - relais per os dès que possible pour **2 mois** de traitement
  - **Mise en route d'une lithiéthérapie dès la phase aigue** (efficace après un délais de 5j) ++++
  - **Mesures associées**
    - Surveillance jusqu'à disparition complète des symptômes
    - Mesures de protection des biens : **sauvegarde de justice**[Q]
  - **Entretiens réguliers puis psychothérapie plus structurée**

État délirant aigu

Q066

Transitoire Délire polymorphe Hallucinations BDA Urgence

Délires aigus < 6 mois

- **BDA = bouffée délirante aigüe = psychose aigüe**[Q]
- **Moment fécond d'une schizophrénie paranoïde** [Q]**: notion de tbles psy > 6 mois**
- **Moment fécond d'une psychose paranoïaque**[Q] **: ms systématisé, notion de tbles psy > 6 mois**
- **Accès mélancolique (délirante)** [Q]
- **Accès maniaque**[Q]
  - Pas d'hallu
  - Fluctuations de l'humeur bcp moins importantes
- **Confusion mentale**[Q] (DECONPHIS)
  - Tble de conscience + obnubilation
  - Tbles mnésiques + DTS
- **Pharmacopsychose**[Q]
  - Amphétamines
  - hallucinogènes (LSD)
  - haschich
- **Ivresse pathologique**[Q]

BDA

Définition

- Apparition brutale et transitoire d'un délire riche[Q], instable[Q] et polymorphe[Q] avec altération des perceptions, intuitions soudaines, distortion du jugement et débordement imaginatif.
- Jamais de tble de la conscience (élimine confusion mentale)
- « **Coup de tonnerre dans un ciel serein** »

Expérience délirante

- **Début brutal : Délire d'emblée constitué**
- **Thèmes**
  - **Polymorphes**[Q] et variables d'un instant à l'autre
  - persécution
  - mystiques[Q] : possession
  - érotiques
  - mégalomaniaques
  - dépersonnalisation[Q] avec transformation et dédoublement
  - dissolution de la pensée
  - influence
- **Organisation :** non systématisé[Q] totalement incohérent
- **Mécanismes**
  - **variés : ts peuvent se voir : intuitifs, interprétatifs, imaginatifs, illusionnels, hallucinatoires…**
  - **fréquent :**
    - hallucinations[Q] psycho-sensorielles acoustico-verbales (voix injurieuses)
    - automatisme mental[Q]
- **Adhésion au délire : totale**[Q] **: humeur congruente au délire**
  - labilité thymique intense car délire totalement investi[Q]
  - alternance très rapide de l'euphorie à la dépression, en f° du délire : **fluctuation caractéristique de BDA**
- **Type : paranoïde**
- **Evolution**
  - Résolutif à court terme, Critère de rémission = critique du délire
  - Pas d'amnésie
- **Syntonie : asyntone = mauvaise qualité de communication**

- ***Signes associés***
  - **Terrain**
    - **Sujet jeune, femme**
    - **Personnalité immature avec difficulté d'identification**
    - **Circonstances déclenchantes**
      - Surmenage
      - Choc émotionnel
      - Echec affectif ou professionnel
      - Deuil, abandon
      - Première expérience sexuelle
      - Rupture repères affectifs ou spatio-temporels **(service militaire, psychose d'incarcération, transplantation)**
      - Prise de toxiques[Q]
  - **Troubles du comportement**
    - Sans cesse en mutation, selon imagination
    - Attitudes d'extase
    - Euphorie quasi maniaque
    - Fuite
    - Agitation anxieuse
    - Passages à l'acte impulsifs
  - **Signes physiques**
    - Insomnie
    - Anorexie
    - Constipation
    - Aménorrhée
  - **Absence de tbles de la conscience[Q] -> élimine confusion mentale**
    - pas de DTS
    - pas de concentration possible, mais pas de tbles mnésiques

Evolution

- ***Guérison sous traitement***
  - en quelques semaines
  - le sujet perçoit le caractére pathologique de son délire et le critique
- ***A long terme***
  - **1/3 : épisode unique** sans séquelle[Q]
  - **1/3** : **récidive** : épisodes intermittents[Q] = **BDA à répétition**
  - **1/3 : évolution chronique**[Q] :
    - **permanente** : **schizophrénie**, **PHC**
    - **cyclique** : **PMD**
- ***Eléments de bon pronostic***
  - **Terrain**
    - pas antécédents familiaux
    - pas de personnalité pathologique prémorbide
  - **Caractéristiques du délire**
    - facteur déclenchant
    - début brutal
    - délire riche et variable
    - variabilité thymique, forte participation affective
  - **Evolution**
    - faible durée
    - précocité du ttt
    - sensibilité au ttt
    - bonne critique du délire

CAT en situation d'urgence

- ***Urgence psychiatrique***
- ***Hospitaliser***[Q]
  - par placement si nécessaire
  - 15 j à 2 mois
  - Au calme
- ***Ex complémentaires pour 1ière BDA : éliminer une confusion mentale / pharmacopsychose***
  - **Standards**
    - NFS+Pq
    - TP TCA
    - TGO TGP GGT
    - Na K urée créat Ca Ph Alb Gly
    - T3 T4 TSH
  - **Toxiques : LSD cocaïne amphétamine + OH (sg et urines)**
  - **Rx thorax**
  - **TDM cérébrale**
  - **+ réhydratation hydro-électrolytique**
- ***si > 2° BDA***
  - « bilan somatique, clinique et biologique »
- ***Neuroleptiques***[Q]
  - En urgence : NL + BDZ (Pas d'association de 2 neuroleptiques)
  - NL antiproductifs Halopéridol Haldol ® IM puis relais PO à J7 pour 3 mois, dégressif sur 1 an
  - + NL sédatifs IM chlorpromazine Largactil® à forte dose au début en fonction de l'agitation et de l'intensité du délire
  - Hors CI
- ***Psychothérapie***[Q] ***au long cours***
  - débutée dès phase aiguë
  - durée 1 à 2 ans
- ***Sismothérapie à discuter***
  - Si échec NLP à dose correcte pdt 15 jours
  - D'emblée si état dissociatif avec insomnie totale
- ***Surveillance***

Source : Fiches Rev Prat, kb, rdp, C.Pelloin, QCM Intest

Alcoolisme

Q 236

Dose légale 0,5 g/L Délit Premiére toxicomanie en France

Teneur moyenne en alcool

Quantité d'alcool = Vol. absorbé (mL) **x densité OH** (0,8) **x degré volumique en boisson pur absorbé en g**
= Alcoolémie x Poids en Kg x 0.7 (♂) **et 0.6** (♀)

Ex : 1 L de vin à 12° => 1 000 mL x 0,8 x 0.12 = 96 g **; 1 verre d'OH = 10 g = 70 Kcal**

1 verre de vin (10 cl)	**10 g**
1 chope de bière (25 cl)	**10 g**
1 coupe champagne 12 ° (10 cl)	**10 g**
1 verre Whisky pur 40 ° (5 cl)	**10 g**
1 verre Pastis 45 ° (3cl dilué)	**10 g**

Valeur énergétique

- **1 g d'alcool = 7 Kcal**
- **1 g de glucose = 4 kcal** (vin rouge = **traces**, **vin blanc** = **40 g/L**, **bière** = **30 g/L**)
  Ex : 1 L de vin blanc à 12° => 96 x 7 (alcool) + 40 x 4 (sucre) = 832 Kcal

Cinétique de l'alcool

- **Absorption digestive rapide par diffusion passive** (surtt duodénum puis estomac et grêle) : facteurs de variat°
  - **Ralentissement** : toute ingestion alimentaire (surtt corps gras)
  - **Accélérat°** : gastrectomie, vagotomie, pyloroplastie, boissons gazeuses, sels alcalins, à jeun/non dilué
  - **F génétiques** : activité enzymatique variable
  - **Médicaments** : Anticholinergiques, pyrazolés, antiH^2 : ralentissent absorption
- **Distribution** à tous les tissus (≈ eau) par diffusion passive
- **Elimination directe** (urines, larmes, respiration) => **10 %** + **oxydation à prédominance hépatique**=> **90 %**
  - 3 systèmes hépatiques en jeu :
    - **Alcool déshydrogénase** (la principale chez le non alcoolodépendant)
    - 2 voies accessoires : **Système microsomial d'oxydation de l'éthanol** (**MEOS**), et le système de la **catalase** (pr buveurs chroniques)
  - Dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde par ces enzymes, qui est un produit très toxique qui est immédiatement transformé en acétate par l'acétaldéhyde déshydrogénase. Il rejoint ensuite le cycle de Krebs ou la synthèse des lipides via l'acétylCo A.
- **Alcoolémie maximale** 30 à 60 min aprés ingestion selon la vitesse d'absorption
- **Décroissance de l'alcoolémie de 0,15 g/ L / h** selon Equation type Michaelis-Menton (cinétique saturable) avec une portion linéaire et une portion exponnentielle (pr OH < **0.3** g/L**).**
- **Taux d'alcoolémie dépend** : sexe, poids, à jeun ou non, rapidité d'absorption.

Epidémiologie de la consommation d'alcool en France

- **CONSOMMATION**
  - **2ième pays consommateur au monde**^{Q} **avec ± 13 L / an / habitant de > 14 ans** après la Russie (entre 10 -20^Q).
    - prédominance en : Bretagne, Normandie, Nord-est, outre-mer
    - Baisse +++ pr le vin depuis 20 ans, moins importante pr autres types d'OH en France.
  - **Consommateurs :**
    - **5 millions de personnes** ayt difficultés médicales, psy ou sociales dues à l'OH :
      - **3,5 M** de buveurs excessifs et **1,5 M** d'alcoolodépendants
      - Baisse de la proportion de buveurs réguliers, augmentation des buveurs occasionnels
    - Qui ?
      - **Buveurs excessifs** : Un homme qui boit régulièrement **+ de 4 verres** standards / j (**30 % des** ♂) ou une femme qui boit **+ de 3 verres** standards par jour (**10 % des** ♀) . Ils st cpdt encore capable de contrôler leur consommation et assez bien insérés socialement.
      - **Sexe** : **Alcoolisme féminin en croissance** (Alcool fort)
      - **Age :** Diminution de la consommation chez les **jeunes**, par contre la **consommation globale augmente constamment avec l'âge pr les ♂, et pr les ♀ :** stabilisation à 50 ans.
      - **Age moyen 1^{ière} prise** : **15 ans** ; **1^{ière} ivresse aigue** : **16 ans**
      - **Age moy OH chronique : 40 ans**

- **MORTALITE :**
  - **40[Q] à 50 000 DC /an** imputable directement à l'OH **(10 % mortalité globale** = 1 mort sur 10 **! !)**
    - 13 000 K VADS (en progression chez la ♀)
    - 12 000 psychose chronique, cirrhose OH (10 000)
    - 25 000 par accidents de la route (40 % des accidents mortels), par accidents de travail (20 % d'entre eux), suicide (RR x 4).
  - **Globalement mortalité en régression** ds les 2 sexes depuis 25 ans.
  - Concerne **entre 45 et 54 ans, 20% de la mortalité masculine[Q]**

- **MORBIDITE**
  - **20 % de la clientèle d'un généraliste**
  - **15 à 30 % des hospitalisations** qui st en moy + longues.

- **COUT GLOBAL EST ELEVE :**
  - **Mortalité, morbidité, absentéisme, Accident du travail, AVP, délinquance, suicide, ...**

Pathologies liées à la consommation d'alcool en France (cf Q 237)

Dépistage de la consommation excessive d'alcool

- Elle doit se faire **au cours de toute consultation médicale par l'évaluation de la consommation quotidienne en OH :** il s'agit de dépister les patients à risque : les buveurs excessifs (cf ci dessus**)**
- **Risque élevé** à partir de :
  - 280 g/semaine (4 verres / j) chez l'homme et 210 g/sem chez la femme (3 verres/j) => ne pas dépasser 210 g/sem (3 verres/j) pr ♂ et 140 g/sem (2 verres/j) pr ♀.
- **Dépistage de l'alcoolodépendance :**
  - Un test simple peut être proposé, il consiste en un **test d'abstinence de 3 jours** avec bonne hydratation.
- **Arguments cliniques de l'intoxication OH aigu et chronique.(cf Q 237)**
- **Arguments biologiques :** dosage de la γ GT, et VGM

Aspects médico légaux

- **CONSTATATION MEDICALE DE L'ETAT ALCOOLIQUE**
  - **Vérification de l'alcoolémie**
    - **Vérification médicale obligatoire** : **Mort** par **crime** ou **délit** ou **AVP** et en cas d'AVP corporel
    - **Infraction ou accident** sans dommage corporel où **l'auteur semble être alcoolisé**
    - **Contrôle préventif** (décision du procureur de police avec date et lieux défini)
  - **Contrôle de l'état alcoolique**
    - **Ethylotest** : Virage coloré indique sa positivité. **Ne pas s'y soumettre n'est pas une contravention mais impose, comme la positivité, de faire un des 2 tests suivants**. Si test négatif, aucun contrôle obligatoire
    - **Ethylométrie :** Dosage simple ds l'air expiré effectué par l'officier de police à l'aide d'un appareil homologué. **Si sujet le désire, 2ième mesure de vérification**. Pas d'examen clinique.
    - **Alcoolémie avec remplissage de la fiche B** par un médecin réquisitionné ds les 2 seules conditions suivantes : **positivité** de l'un des tests suivants **ou refus du test.**
  - **Trois fiches : A, B, C du formulaire de vérification concernant l'alcoolémie**
    - **Fiche A** : un officier de police la remplit (circonstances de l'accident, comportement de la personne**)**
    - **Fiche B** : **Réquisition** d'un médecin pour **examen clinique (**fiche B**)** et **prise de sang** (matériel de prélèvement (tampon sans alcool) fourni par l'autorité requérante avec un prélèvement de sang dans 2 flacons remis sous scellés) qui ne peut être fait **unique[ment] par le médecin**. Prélèvement d'au **moins 12 cm³**
      L'officier de police doit assister à la prise de sang et non à l'examen clinique.
      Le médecin ne peut refuser (sf 3 possibilités cf > 391) , même s'il s'agit d'un de ces patients.
    - **Fiche C** : **Résultat de l'alcoolémie**
    - **Fiche A et B** => **DDASS** ; **Fiche C** => Commission de suspension du permis de conduire
    - **Un médecin expert désigné** établit un rapport final qui sera transmis au procureur de la république et au directeur de la DDASS.
    - **Possibilité de réaliser ds un délai de 5 j, un nouveau dosage ou contre expertise** par un autre biologiste agréé à la demande du procureur, juge d'instruct°, intéressé. Dosage dans l'air expiré : pas de contre expertise possible

- **Conséquence de la conduite en état d'ivresse**

> 0,5 g/l → > 2 verres pr ♀ soit 20 g
→ > 3 verres pr ♂ soit 30 g

Technique	Condition	Gravité	Conséquence
Ds sang : Ds air expi	≥ 0.5 g/L ≥ 0.25 mg / L	**Contravention** Tribunal de Police	**Retrait de 3 points** Amende **600 à 2500F**
Ds sang : Ds air expi	≥ 0. 8 g/L ≥ 0. 4 mg / L **Refus de la prise de sang**	**Délit** Tribunal correctionnel Inscrit sur **casier** judiciaire	Retrait de **6 points** **Suspension de permis** Au max : **2 ans de prison et 30 000F d'amende**.

- **Rétention immédiate du permis + immobilisation du véhicule + suspension du permis** (si preuve alcoolémie élevé en moins de 72 h) **au max de 2 mois.**
- **Annulation du permis de conduire :** Si condamné pr blessures corporelles, homicide involontaire ou récidiviste. Délai de 3 ans sous réserve d'un examen médical et Ψtechnique.
- **OH : F.aggravant** dans les atteintes involontaire à l'intégrité corporelle : Si ITT > 3 mois => x 2 les peines si OH.

- **Nul ne peut être contraint à subir un alcootest ou prise de sang :** Le refus de l'alcootest ne constitue pas une contravention, en revanche **le refus de la prise de sang constitue un délit**.

- **OBLIGATION LEGALE DU TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES DANGEREUX PR AUTRUI.**
  - **La loi de 1954 ne sembla plus être en vigueur : pas de signalement possible de l'alcoolique dangereux par le médecin.**
  - **Signalement à la DDASS**
    - Par autorité judiciaire à l'occasion de poursuites (AVP, délit)
    - Par services médicaux et sociaux
  - **Réalisation d'un certificat médical nominatif et descriptif décrivant l'état alcoolique et le risque de danger par un médecin agrée inscrit sur une listé établit par le préfet..**
  - **Procédure**
    - Enquête sociale : vie familliale, professionnelle et sociale
    - Examen médical par expert désigné sur une liste de la DDASS.
  - **Propositions :**
    - Médicales :
      - Maintien en liberté sous surv d'un dispensaire d'hygiène sociale + assoc Anti-OH,
      - Hospitalisation ds un service de désintoxication ou en milieu Ψ aprés HDT ou HO.
    - Judiciaire :
      - **Alcoolique dangereux reconnu par le juge** doit être placé de un centre de rééducation spécialisé pr 6 mois. (En désuétude car 1 centre en France).
      - **Mesures temporaires pouvant être décidé par le juge** : Eviction des emplois de sécurité, retrait permis de conduire, de chasse, placement des enfants, séparation de la famille.

- **IVRESSE PUBLIQUE MANIFESTE**
  - **1ière fois : contravention + chbre de dégrisement + Ex Médical : certificat de non hospitalisation**
  - **Récidive : Délit = possible peine de prison**

Structures de prise en charge (cf Q 238)

***Source** : Fiches Rev Prat, KB psy, Conf Hippo SP 2000, Cours Santé pub 2001,cours Toxico 99-00, Cours SP Rennes 98, Code de la route*

Alcoolisme intoxication aiguë et chronique Q 237

Excitation psychomotrice, Coma hypotonique, Convulsion, Macrocytose, Gamma GT, Syndrome confusionnel
Regarder kb de psy : alcoolose et alcoolite

Diagnostic de l'intoxication aiguë

- **IVRESSE SIMPLE OU TYPIQUE**
  - **Ebriété = 0.8 à 2 g/L**
    - **Excitation psychomotrice** (désinhibition, logorrhée, euphorie alternant avec tristesse, familiarité)
    - **Haleine et vomissement** œnolique
    - **Polyurie-polydypsie** (inhibition sécrétion ADH par OH)
    - **Tble du jugement, de la mémoire, de la vigilance**
  - **Ivresse = 2 à 3 g/L**
    - Tble **majeur** du jugement, de la mémoire, de la vigilance
    - **Incoordination motrice** = **Sd cérébelleux**
    - **Troubles du comportement** : agressivité +++, désinhibé +++
    - **Mydriase**, **tachycardie**
- **IVRESSE ATYPIQUE**
  - **Excitomotrice :** Raptus impulsif et violent : **hétéro-agressivité**
  - **Hallucinatoire :** Hallucinations **visuelles et auditives** dramatiques
  - **Délirante** : Délire **interprétatif** : autodénonciation délirante avec menace suicidaire, persécution, jalousie, mégalomanie.
  - **Elles st + prolongés, se terminent svt par un coma avec amnésie post critique, tendance à la récidive**
- **COMA ETHYLIQUE = > 4 g/l. → bilan à faire cf Q 045**
  - **Coma calme hypotonique sans signe de localisation** (ROT diminués ou abolis)
  - **Hypothermie** avec **mydriase** bilatérale **peu réactive**
  - **Polyurie, bradycardie, HypoTA** (hypovol. absolue : polyurie, sueurs, vomissements ; relative : vasoD par OH)
  - Crises **convulsives** traduisant l'hypoglycémie
  - Eventuelle dépression respiratoire, respi stertoreuse

  => Toujours éliminer une autre cause ds le contexte : post traumatique, hypoglycémie, acidocétose
- **COMPLICATION D'UNE INTOX AIGUE MASSIVE**
  - **Métabolique**
    - Rhabdomyolyse (hyperK+, IRA)
    - Hypoglycémie (=> convulsion) et acidocétose
  - **Fonction vitale**
    - Collapsus vasoplégique
    - Dépression respi **et** pneumopathie d'inhalation
  - **Effet toxique direct forte quantité d'alcool**
    - Hépatite alcoolique aigue
    - Pancréatite alcoolique aigue
  - **Polyintox (médoc :IMV, toxique)**
- **BIOLOGIE DE L'INTOXICATION AIGUE**
  - **Thrombopénie** (aigue = toxicité médullaire directe ; chronique = hypersplénisme sur HTP)
  - **HLPN** (! Hépatite OH aigue)
  - **Hypoglycémie**
  - **Hyperkaliémie, Acidose**
  - **Hémoconcentration** => Déshydratation globale (DIC => ADH abaissé et DEC)
  - **Dosage d'alcool** dans **air expiré** et **alcoolémie**
- **TOXICITE DE L'ALCOOL**
  - **Augmente avec l'âge, grave chez l'enfant** (dose létale ≥ 2g/L)
  - **Ttt par Espéral** (Ø indicat°)
  - **autres médocs associés** (ex : Carbamate : plus indiqué)

Traitement de l'intoxication aiguë

- **IVRESSE SIMPLE :**
  - **Repos, surveillance simple jusqu à régression des signes en 4 à 6 h, hydratation**
  - **PAS DE PSYCHOTROPE**
- **IVRESE ATYPIQUE :**
  - **Hospitalisation** (Medecine ou Ψ, au besoin HDT, HO)
  - **Psychotrope IM :** BZD (Valium) + Droleptan (NL)
  - **Réhydratation**
  - **Prévention du Sd de sevrage au besoin** (seulement si intox chronique avec suspicion d'alcoolodépendance)
- **COMA ETHYLIQUE : TTT SYMPTOMATIQUE**
  - **Hospitalisation en urgence en réa, conditionnement, mesure de prévention de Réa**
  - **LVAS, O2, ventilation mécanique**
  - **Réchauffement** si besoin, **ttt convulsion** si besoin
  - **Resucrage** si besoin => glucosé
  - **Remplissage** si besoin**, Equlibre hydroélectrique**
  - **Apport systématique de B1, B6, PP** (apport glucosé après apport de vitamine)

Diagnostic de l'intoxication chronique

- **INTERROGATOIRE**
  - **Consommat° alcoolique hebdomadaire** (**> 280 g/ sem** pr ♂ ; **> 210 g/sem** pr ♀) **=> Consommateur à risque**
- **CLINIQUE**
  - **Visage** (congestif, érythrose faciale, telangiectasie, acné, rhinophygma, parotidose bilat**)**
  - **Conjonctives (**injectés, ictériques, yeux globuleux, œdème palpébral inferieur**)**
  - **Langue** (enduit jaunatre, rouge, tuméfiée)
  - **Tremblement :** bouche, langue, extrémité à distance prise d'OH (matinal) => prise d'alcool matinale: Alcoolo-dépendance.

    => Ces 4 données interviennent ds une grille d'évaluation de Le Gô.
  - **Haleine énolique, malodorante**
  - **Mauvaise hygiène**
  - **Sueurs ++**
  - **Anorexie, dénutrition, pituite matinale**
  - **Tble sexuel :** impuissa nce, baisse de la libido
  - **Insomnie, cauchemar, agitation, irritabilité, dépression**
  - **Tble de la mémoire, de l'attention, de perception**
  - **Crampes, douleurs musculaires, M^{ie} de Dupuytren**
- **BIOLOGIE**
  - **Macrocytose > 100 fl ou µ^3** **=> Délai pr se normaliser : 1 mois**
  - **Gamma GT : > 28 ui /L ♀ ; > 38 ui /L ♂** **=> : 1 à 2 sem**
  - **Hyperlipidémie** (HyperTG IV^Q : 10 à 20 % des OH),
  - **A dose modérée, augent le taux d'HDL.**
  - **Hyperuricémie**
  - **Urée basse**
  - **Rapport IgA/transferrine > 2** témoigne d'une atteinte hépatique alcoolique **au stade infraclinique.**

- **Ne pas oublier de mentionner possible signes cliniques et biologiques S d'IHC, HTP et d'intox aigue.**

Pathologies liées à la consommation d'alcool en France (ds intitulé Q 236)

Digestive	Hépatique	Métaboliques	Hémato	Cancer
-Gastrite, RGO -RVOesophagienne[Q] -pancréatite A / PCC[Q] -parotidomégalie[Q] -parotidite	-Stéatose[Q] -Hépatite AA[Q] -Cirrhose[Q] et ses complications -CHC[Q] -Hépatome[Q]	-hypoglycémie[Q] -hyperTG[Q], Σ de Zieve -hyperuricémie -carence vitaminiq : folate, B1, B6 -acidocétose : OH + jeûne	Thrombopénie[Q] Leucopénie, HLPN Carence en folates Tble coag (IHC) Macrocytose[Q]	K œsophage [Q] K VADS[Q] K estomac: cardia[Q] CHC[Q]
CardioV	**Grossesse**	**Neuro psy => Q 222**	**Sociale**	**Sexuelle**
CMNO[Q] ACFA[Q] Protecteur athérome : élève HDL à faible dose	Malformation, RCIU, dysmorphie CF, retard mental Avortement, préma, hypotrophe, HRP	Polyneuropathie[Q], NORB[Q] DT[Q], Démence, convulsions[Q], HSD, dépression Encéphalopathie GW[Q] Σ de Korsakoff Marchiafava Bignami	Violence, sévices à enfants Tentative de Suicide Absentéisme ADT et AVP Delinquance	Impuissance ↓ libido **Mécanique** Dupuytren

Traitement de l'intoxication chronique (cf Q 238)

Source : Fiches Rev Prat, Med Line neuro, KB de psy, Impact HGE, RDP 98,

Alcoolisme : syndrome de sevrage

Q 238

Delirium tremens, Urgence, Benzodiazépines, Réhydratation, Prévention, ! ! ! CHEZ LE CIRRHOTIQUE ! ! !

- **URGENCE MEDICO PSYCHIATRIQUE** car le délirium tremens entraîne une mortalité de **10 %**
- **UN DELIRUM TREMENS EST FEBRILE**[Q] **+++**

Diagnostic

- **CIRCONSTANCES**
  - **Forte diminution ou arrêt brutal de la prise d'OH chez un alcoolique chronique : s'en méfier au cours d'une hospitalisation, d'une infection sévère, d'un trauma cranien chez tout OH.**
- **DIAGNOSTIC POSITIF**

Symptômes mineurs	pré DT	Delirium tremens
Délai de 8 h	**12 à 24 h**	**2 - 3 j après sevrage**
Sueurs nocturnes et matinales Discrets **tremblements** fins distal et d'action[Q]	**Neuropsychiatrie** **Tremblement**: mains, paupières, lèvres **Angoisse,** agitation, irritabilité ; hyperémotivité **Insomnie** et cauchemars ± DTS **Céphalées, crampes** **Déshydratation** **Sueurs** abondantes, **soif**, **anorexie** **vomissement**, **diarrhée** **tachycardie**, **HTA**	**Sd confusionnel** très net constant : DTS +++, inversion du cycle nycthéméral, insomnie **Délire onirique** : illusion, hallu visuelles, auditives et cénesthésiques, terrifiantes vespérale zoopsique ou professionnelle avec vécu angoissant. **Tble neuro** : Tremblement généralisé, dysarthrie, incoordination motrice, ataxie. **NeuroV** : Hyperthermie[Q] centrale (pas sur la déshydration), sueurs profuses, tachycardie, hypoTA **Déshydratation globale** : DIC + DEC + IRF + hypoK
=> Crises convulsives peuvent survenir à tous les stades		
Toujours rechercher un facteur déclenchant ou un facteur favorisant : **=> traumatisme, infection, intervention chirurgicale, …**		

- **COMPLICATIONS**
  - **Collapsus par déshydration aigue**
  - **Actes agessifs** (auto ou hétéro)
  - **Suicide**

Traitement et structures de prise en charge

- **L'apparition d'un Sd de sevrage** (DT ou préDT) **impose une prise en charge thérapeutique.**
- **Par contre, la décision de sevrage programmé chez un alcoolique chronique ne doit pas être prise dans l'urgence.** Elle doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale médicopsychosociale**.**

- **PREVENTION D'UN SD DE SEVRAGE OH AU COURS DE TOUTE HOSPITALISATION**
  - **Réhydratation + correction Tble hydroélectrique + apport vitaminique**
    - Par voie **orale** ou **IV** si impossible, réhydratation abondante
    - **G5 500 ml + 2 g NaCl et 1 g KCl x 8 à 10** = **4 à 6 l/24 h (bouillon de légume et jus de fruit)**
    - **B1**(thiamine = **500mg**/j) : la seule à être dans ANAES 1999 per os
    - **B6** (pyridoxine = 500 mg/j), **B12** (1000µg /j), **PP** (B3 = protégeant de la Pellagre : 0,25 g/j)
  - **Sédation :**
    - Les BZD sont aujourd'hui le ttt médicamenteux de **1ière intention** du Sd de sevrage OH ; elles réduisent **l'incidence** et la **sévérité** du syndrome de sevrage, des **crises comitiales** et du **DT**. Les BZD à T ½ longue comme le diazépam préviennent mieux les crises comitiales, mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'IHC. Ceux à T ½ vie courte ont un potentiel d'abus + élevé.
    - 2 schémas de prescription de doses réparties sur 24 heures : (Au max 7 j de ttt)
      - **Diazépam 6 cp à 10 mg le 1ier jour et baisse d'1 cp chaque jour jusqu'à arrêt**
      - Diazépam, 1 cp à 10 mg toutes les 6 heures pdt 1 - 3 jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en 4 à 7 jours,
    - Equivalence de poso : 10 mg de diazépam (Valium®) = 30 mg d'oxazépam (Seresta®) = 15 mg de chlorazépate (Tranxene®)= 2 mg de lorazépam (Temesta®)= 1 mg d'alprazolam (Xanax).
    - Le **méprobamate** (Equanil®), le tétrabamate, les barbituriques et les **neuroleptiques** (Tiapridal® ? Tiapride Benzamide) ont un **rapport bénéfice-risque inférieur à celui des BZD**.
  - **Psychothérapie de soutien – conduite de réassurance**
  - **Surveillance**
  - **Ttt d'un facteur décompensant potentiel**

- **Chez un cirrhotique :**
  - « En cas d'IHC ou de cirrhose l'éventuelle prescription de **BZD** doit être très **prudente** et faite en milieu spécialisé » : **1999 ANAES** . Risque encéphalopathie hépatique.
  - De + si en rétention hydrosodé réfractaire, **l'hyperhydratation** doit être extrêmement prudente. !!!!!

- **PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DE SEVRAGE**
  - **Definition :** Ils sont représentés par les crises comitiales, le DT. Le terme de pré-DT, source de confusion, doit être abandonné, au profit d'un repérage des degrés de gravité du syndrome de sevrage. Ces accidents surviennent lors d'un sevrage imposé ou résultent d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.
  - **Necessité d'une hospitalisation en USI ou en unité médicale conventionnelle.**
  - Un projet d'accompagnement médical du sevrage est proposé à l'issue de cette hospitalisation.
  - **Delirium tremens**
    - **Urgence thérapeutique**
    - Hospitalisation en **chambre isolée** et **claire**, **faiblement éclairée la nuit**, si possible **sans contention**, enlever tout objet potentiellement dangereux et **verrouiller la porte et les fenêtres**.
    - Ttt psychotrope : **BZD en IV** : **diazépam** (Valium® 10 mg/h) > > **flunitrazépam** (Rohypnol®)ont été validés dans cette indication. Le risque de dépression respiratoire impose l'hospitalisation dans une structure disposant de moyens de réanimation et de l'antidote (flumazénil).
    - Possible **association avec l'Haldol** en cas de Sd hallucinatoire persistant.
      Les autres psychotropes : tiapride, phénothiazine, méprobamate, clométhiazole, barbituriques, ne peuvent être recommandés dans cette indication
    - **Rééquilibration hydroélectrolytique + vitamine** (idem) : correction de la déshydratation sans excès, relance de la diurèse. L'adjonction de 500 mg/j de thiamine est indiquée en cas d'apport glucosé.
    - Autres mesures
      - L'hyperthermie doit être corrigée
      - le traitement de l'hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium.
      - **La clonidine** peut avoir un intérêt dans le traitement d'une poussée hypertensive majeure.
    - Le traitement étiologique doit être dans tous les cas appliqué conjointement.
    - **Surveillance**
      - **clinique** (cs, pouls, TA, Fr, T°^{C}, S neuro)
      - **biologique** : iono sanguin / urinaire, Ht, fonction rénale, glycémie, protidemie
    - **Traitement du facteur déclenchant**[PMZ]
  - **Les convulsions de sevrage**
    - Chez le sujet à risque (utilisation de psychotropes, ATCD convulsif ou de TC)
      - 90 % d'entre elles surviennent **dans les 48 premières heures**
      - elles sont de **type grand mal** dans 95 % des cas ; pas d'anomalie EEG
      - elles **récidivent** de façon rapprochée à court terme dans les 12 heures
    - **Ttt** : 1 crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un ttt anticomitial spécifique. Lorsque les crises se reproduisent, un traitement par voie IV par diazépam ou clonazépam est justifié. La reprise de conscience autorise l'administration d'une BZD per os, la voie intramusculaire étant déconseillée.

- **EN CAS DE NON REPONSE AU TTT :**
  - **Suspecter : méningite purulente, Hgie méningée, HSD chronique, Gayet-Wernicke**

- **PRISE EN CHARGE D'UN SEVRAGE PROGRAMME**
  - L'objectif d'un sevrage ttt^{iq} est l'entrée dans un **processus d'abstention complète et durable** d'alcool**.** Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques. En effet, lorsqu'une dépendance est installée**, le retour à une consommation modérée est considéré comme très difficile voire impossible par de nombreux experts.**
  - **Pour obtenir un sevrage de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies :**
    - réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le Sd de sevrage ;
    - assurer, en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé ;
    - aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel.
  - **Prise en charge multidisciplinaire**
    - Evaluation **clinique** (OH et complications)
    - Evaluation **sociale** (famille, logement, travail)
    - Evaluation **psy** : Recherche une psychose, névrose ou personnalité pathologique ss jacente ou une dépression secondaire à OH, mais aussi au sevrage.
  - **Evaluer la motivation du patient à se sevrer, l'informer**

- **Décision du patient (et non de sa famille) : contrat clair entre Médecin et OH chronique.**
- **Lieux du sevrage** :

Ambulatoire	Institutionnel
Poursuite de l'activité professionnelle Maintien des relations familiales et sociales Meilleure acceptation car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade : « acteur direct de sa guérison » Compatibilité avec un Sd de sevrage modéré Participation du patient et de son entourage. Evite un retour à domicile svt difficile. **MOINS cher en terme de Santé publique**	**CI du sevrage ambulatoire** (10-30 % des malades) **Dépendance physique sévère** **ATCD de DT ou de CGTC** **CI somatique** (AEG, complic lié à l'OH) **Sd dépressif sévère, autres patho** **Désocialisé, absence de soutien familial** **Avantages** surveillance continue, soustraction à un envirronement pathologique, meilleure observance
Actuellement largement privilégié sous le contrôle régulier par Généraliste. **Indication absolu d'un ttt préventif du sevrage**	**Hospitalisation en médecine** (tps plein ou partiel) **ou en psychiatrie ou dans un établissement spécialisé pour cure** (Centre d'hygiène alimentaire et alcoologie : **CHAA**) **Un ttt prevéntif peut être + discuté, à réévaluer en fct de l'apparition des signes cliniques** (systématique à l'internat)

- **La prise en charge psychosociale**
  - L'établissement d'une relation thérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage tend à la **revalorisation de l'image de soi et à la restauration narcissique**.
  - Selon les sujets, les modalités de cette thérapie peuvent être **individuelle**, de **groupe**, **familiale** ou de **couple**, **comportementale-cognitive, psychothérapie d'inspiration psychanalytique.**
  - Dans une étude randomisée, il est montré que **l'intervention des mouvements d'entraide** dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.
  - **L'accompagnement social** complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

- **Post cure :**
  - **Etablissement spécialisé dans le post cure**
  - En fonction des caractéristiques de l'alcoolisme (sévérité et ancienneté), du soutien familial et socioprofessionnel dt dispose la patient, on décide d'une post cure soit :
    - Directement en **ambulatoire** (aide d'un centre de cure ambulatoire en alcoologie CCAA)
    - Soit **d'abord en secteur spécialisé** (2-3 mois) puis en **ambulatoire**.
  - Dans tous les cas :
    - Suivi médical clinicobiologique régulier pr dépister les rechutes
    - Poursuite de la psychothérapie individuelle instaurée pdt le sevrage dans un climat de confiance réciproque
    - Assurer une prise en charge au long cours (au moins 18 mois) psychomédicosociale avec l'aide des **thérapies de groupe**, d'1 **centre d'alcoologie et d'hygiène alimentaire** (CHAA) ou d'une **mouvement d'entraide** (AAA)
  - Les rechutes sont fréquentes et ne doivent décourager ni le patient, ni le thérapeute.

- **Les médicaments de la post cure**
  - **Médicaments visant à réduire l'appétence pour l'alcool** (diminue envie compulsive de boire): L'efficacité a été démontrée, mais s'avère modérée, voire controversée, y compris chez les sujets compliants.
    - **Acamprosate Aotal®** : action sur la voie gabaergique, durée de ttt recommandée est de 1 an, la diarrhée est le ppal effet secondaire. A l'AMM ds cette indication. Pas d'effet antabuse.
    - **Naltrexone Revia® :** action au niveau des récepteurs µ aux opiacés, durée de ttt recommandée est de 3 mois, les céphalées et nausées sont les ppaux effets secondairex. A l'AMM ds cette indication. Pas d'effet antabuse. La naltrexone ne doit jamais être utilisée chez des sujets en état de dépendance aux opiacés.
  - **Médicament à effet antabuse : Disulfirame** Esperal®
    - **Pas d'indication** pour l'induction volontaire, par le thérapeute, de crises aversives, et cette pratique ne saurait être recommandée. Son utilisation provoque chez le sujet consommant de l'alcool, une réaction très désagréable, faite de sensations de malaises avec anxiété et troubles neuro-végétatifs.
    - Possible **réactions graves** (coma, collapsus, décès) et **effets secondaires** à type d'hépatite fulminantes, des réactions neuropsychiatriques, des névrites optiques et des neuropathies
    - Par contre, la consommation d'alcool, à la fois en quantité et en fréquence, est moindre chez les patients qui font l'expérience d'une réaction antabuse.

- **Arrêter tabac de manière simultanée (Pas plus d'échec)**
- **Prévénir transferts de dépendance sur :** Tabac, médocs, boulimie, toxico …
- **Prise en charge d'éventuels pb d'impuissance qui peuvent persister après l'arrêt de l'OH.**
- **Si Sd dépressif secondaire non majeur, attendre délai de 4-5 sem** avant mise en place d'un ttt antidépresseur type : **ISRS**
- **Réinsertion socioprofessionelle :** Assistance sociale +++, Medecin du Travail pr visite de pré-reprise.

- **Evaluation**
  - Elle doit être **multidisciplinaire** (Mtraitant, Ass Sociale, Ψ, AA) régulière et prolongée : ts **les 15 j puis à 1 mois, 3 mois ; 6 mois et 9 mois.**
  - **Evaluation de la globalité biopsychosociale** (échelles) et **de la C° d'OH** (interrogatoire, VGM, γGT, et si besoin de + de précision : interêt judiciaire : **Carbohydrate Déficience Transferrine** (CDT**).**
- **Résultat :**
  - **20 à 60 % de réussite à 5 ans selon méthode et auteur (**En moy plutôt **50 %)**

***Source** : Fiches Rev Prat, **ANAES** Mars 2001 et Mars 1999 , Vidal 2000, Med Line Neuro, KB psy, Impact HGE*

Toxicomanie aux stupéfiants

Q 241

Définition

- ***Usage*** : C° de P° régulière ou occasionnelle
- ***Abus*** : C° du P° aboutissant à des effets indésirables
- ***Dépendance*** : C° régulière en dépit des cq dommageables, désir compulsif du produit
- ***D. Ψ*** : Dependance liée à la personnalité du C°, non au produit qui pousse la C° afin de perenniser un plaisir ou éviter souffrance Ψ.
- ***D. φ*** : Dependance liée à la nature du P° aboutissant à une C°de toxique afin d'éviter un Σ de sevrage.
- ***Tolérance*** : adaptat° de l'organisme qui conduit à augmenter les doses : (accoutumance)

Epidémiologie

- **Moyenne d'âge: 27 ans ; prédominance masculine, célibataire, polytoxicomane, Ø emploi**
- **Ds pop générale :**
  - Ecart entre C°-usager et C°-dpdt estimé à un ***facteur 10***
  - ***16% des adultes en ont au moins 1 fois consommée,*** pr 90% d'entre eux du cannabis soit 7 M de consommateurs occasionnels et 2 M de réguliers
  - **40% des ados en ont au moins consommé 1 fois (surtt cannabis) et 12 % qui st consommateurs réguliers.**
  - **Consommation d'ecstazy en progression.**
  - **Nb d'héroinomane en France ≈ 160.000 dt 5000 st ttt par Methadone.**
- **Cq des consommations (surtt héroine)**
  - ***Surmortalité* :** HIV (1 000 DC/an) ; Surdose (500 DC/an), suicide, mort violente, Hépatite B et C (90% par HCV), septicémie, endocardite …
  - ***Morbidité* :** due aux P°, mode d'administration, mode de vie (délinquance, précarité,…)

Aspect médico-légal

- ***Signalement judiciaire*** : Possibilité d'injonction tttiq par Procureur de la Republique lors de la 1ière infraction imposant cure de désintoxication ss engager de poursuites. Gratuité du ttt
- ***Signalement sanitaire et social*** *(MeTra, MeSco) :* Proposition d'une cure de desintoxication sans obligation. Possibilité surv. Ambulatoire
- ***Présentation spontanée par toxico*** *:* Ø contrôle, Ø poursuite, Anonymat conservé
- *A **l'égard traficant*** : Durcissement des peines, garde à vue prolongeable de 48 h soit 4j avec jugement par une cour d'assise composée de magistrats professionnels et non jury populaire.

Modalités de prise en charge

- **Globale intégrant *prevention, soins et réinsertion* et dc par cq multidisciplinaire.**
- **Demande réalisée ds un des 3 cadres ci dessus.**
- **Structure :**
  - **Associations : Prevention Ire, Iire, IIIre**
  - **Centre de Soins Conventionnés Spécialisés pour Toxicomanes (*CSST*) et assurent** :
    - prise en charge médicopsychologique et socioéducative (insertion et réinsertion)
    - accueil, orientation, information, sevrage, soutien de la famille st réalisés.
    - soit en ambulatoire, soit avec hébergement, également présent en prison.
  - ***Structures de bas seuil* pr toxicos marginalisés qui ne réclament pas de soins :**
    - **« boutiques »** : Accueil d'urgence de jour proposant restauration, hygiène, soins infirmiers, et produits limitant le risque infectieux
    - **« sleep in »** : Hébergement pr la nuit avec même service + Cs sanitaire et social.
    - Ces 2 structures n'imposent ni sevrage ni arrêt de la consommation.
  - **Et aussi : famille d'accueil, postcure, communauté tttiq**
- **Souhait d'une désintoxication complète (Heroine +++)**
  - **Mesures de terrain :** Eloignement du milieu favorisant, Psychotttie de soutien, Elaboration de la demande.
  - **Ttt pharmacologique du Σ de sevrage : (cf infra)**
  - **Ttt au lg cours, prise en charge Ψsociale par les centres de post cure, familles d'accueil lieux de consultation. Prise en charge psychiatrique si besoin.**

- **Ttt de substitution chez l'heroinomane :**
  - ***Methadone :*** **(cinétique lente) en sirop buvable**
    - Délivré au début quotidiennement en centre agrée avec hospit, Dose progressive^{t} croissante, Surdose possible
    - Pas d'effet flash, pas de tolérance ni d'accoutumance
    - Ɔ dépendance physique
    - Relais par MT avec délivrance hebdomadaire du produit
    - Surveillance au début des urines : morphinique, cocaine, cannabis
    - ! IM : ex : Rifampicine inducteur enzymatique minore son effet et Indinavir au contraire majore
    - attention méthadone et dextropropoxyphène => risque torsade de pointes
    - attention méthadone et nubain / temgésic => risque sevrage aigu
  - ***Subutex (Buprenorphine) :*** **Antagoniste partiel per os, morphinomimétique**
    - Par tout MT sur ordonnance sécurisée (?) pr durée max de 28j
    - Risque de surdose existe (stt si associé au Rohypnol), même si – impt. Dose progressivement croissante
    - Dependance – impte que Methadone
    - **!** Σ de sevrage si prescit en relais d'un opiacé avec latence trop faible.
- **Sujet dépendant de l'héroïne soigné pour une raison intercurrente**
  - **Eviter l'apparition d'un Σ de sevrage & ttt du Σ de sevrage inadaptée à un contexte d'urgence**
  - **S''assurer de la réalité de la dépendance aux opiacée (en pratique difficile)**
  - **Attitude à adopter controversée :** entreprendre pendant la ϕ aiguë une substitution par la buprénorphine (Subutex*). Ce ttt sera progressivement diminué pendant la période de convalescence

Intoxication aiguë

- **Opiacés (heroine, codéine, morphine) en IV +++**
  - **Psycholeptique : dependance Ψ, φ et accoutumance rapide**
  - **Flash (jouissance paroxystiq), euphorie, bien être puis retour réalité.**
  - **Overdose :**
    - Contexte triple : Augmentation involontaire de la dose (≠ fournisseurs), volontaire (sensation ou TS), Reprise à même dose après sevrage.
    - Bradypnée→cyanose→apnée = ***détresse respi, tble cs, myosis*** punctiforme et Σ, hypothermie, hypoTA, bradycardie, sueur, pâleur,somnolence → coma, CGTC, insomnie d'endormissement, constipation, inappetence, nausée, vomissement, épigastralgie et prurit. $^{Q\ +++}$ ***Risque de Rhabdomyolyse.***
    - Détresse respi : OAP lésionnel, paralysie bulbaire, inhalation.
    - Décès par arrêt cardiaque secondaire à la bradycardie majeure induite par l'hypoxie sévère (dépression respi + OAP lésionnel + inhalation bronchique + encombrement bronchique)
- **Cocaïne**
  - **Psychoanaleptique excitant : dependance Ψ ++, Ø φ, Ø sevrage net *; Ø tolérance***
  - **Cocaïne hydrochloride :** sniffé, effet au bt de 3 min pour 1 h
  - **Alcaloïde cocaine base (crack) fumé :** + pur, effet en flash violent (en 10 sec pr 5 min)
  - **Abus non journalier :** par periode de 8-24h, 3/sem
  - ***Effet habituel :*** Excitation physique et intellectuelle, disparition de la fatigue et du sommeil, (insomnie), altération du jugement ; Hallucinations marquées avec le crack. HTA, Vomissement, mydriase bilat -> ***Suivie d'un état dépressif*** (anxiété, dysphorie, abattement). Sentiment de persecution +++ avec crack
  - ***Surdosage***
    - Risque d'état psychotique aigu. Agitation, logorrhée, Hallucinations.
    - Mvt aN, convulsion, état de Mal, AVC
    - HTA, tachyC, vomissements, mydriase bilatérale, Hyperthermie
    - Tble rythme (ESV Tble conduction et R d' IDM par spasme $^{+++\ Q}$
- **Cannabis (herbe, résine, huile)**
  - **Psychodysleptique hallucinoG, dependance Ψ sans φ ni tolérance.**
  - **Ivresse, euphorie, desinhibit°, relaxation, légereté, flotte^{t}, tachycardie, sécheresse buccale, céphalées (durée 2h)**
  - **Surdosage rare :** A forte dose, action hallucinogène Ψsensorielle (V,A). Risque d'etat délirant aigu, TS, incoordination motrice, tble cs → coma
- **Amphétamine (dt Ecstasy) per os/ iv**
  - **Psychoanaleptique excitant anorexiG, Ψdependance +, tolérance +, Ø φ.**
  - **Effet**
    - Euphorie, desinhibition, Ø fatigue, ivresse légère
    - TachyC, HTA, Mydriase bilat, hyperthermie, hypersudation, deshydratation
  - **Surdosage surtt si prise IV (halucine, coma, convulsion, délire paranoïde,..)**

Intoxication chronique

- **Opiacés**
  - Apathie, auto-agressivité, suicide, dépendance physique et psychique,
  - conduite délictueuse,marginalisation, désinsertion professionnelle,
  - complications somatiques: VIH, hépatites, abcès, septicémie, endocardite...
- **Cocaïne**
  - Impuissance, SIDA, bactériémies, ulceration profonde de la sphère nasale, tératogénicité
  - actes suicidaires, hallucinations, idées délirantes,.
- **Cannabis**
  - Apathie, désintérêt, prise de poids, hallucinations, désorientation, déréalisation, dépersonnalisation.
  - Effet plus toxique que tabac (?)

Traitement des surdoses

- **Opiacés**
  - **Urgence**
  - **Traitement identique à toutes intox (cf. 239) : libérer VA, O^2 fort D°, G5 en VVP**
  - **Traitement spécifique :**
    - Naloxone (Narcan) antagoniste compétitif pur des morphomimetiques
    - Durée d'action courte ***20 à 45 min***
    - Overdose sans coma.= 1 amp. IV puis 4 à 6 amp. dans 500 cc' de G5 en 6 h, le débit est réglé en fonction de la fréquence respiratoire. (FR >14/min)
    - Si coma = intubation-ventilation 1 amp IV puis perfusion continue
- **Cocaïne**
  - **Ttt évacuateur si ingestion, bromocriptine**
  - **Ttt symptomatique** (BZD, NL= halopéridol) HTA,agitation, ESV= β bloquant.
  - **Ttt crise convulsive, de l'IDM, AVC**
- **Amphetamine (idem cocaïne)**
- **Cannabis**
  - **Lavage gastrique si coma profond**
  - **Ttt symptomatique** : NL, ventilation, glucosé
  - **Pas d'antidote**

Manifestations cliniques du syndrome de sevrage

- **Opiacés**
  - **8 à 16 h après** dernière prise : Anxiété, irritabilité, agitation, baîllements
  - **après 12 h** : frissons, courbatures, anorexie, mydriase bilatérale peu réactive, rhinorrhée, larmoiement, nausées
  - **après 24 h** : position en chien de fusil, crampes abdominales, vomissements, diarrhée, déshydratation insomnie, polypnée, tachycardie, HTA, hyperthermie
  - **Max à J3 et dure 3 à 6 j**
- **Traitement:**
  - **En urgence**
    - BZD tranxene IM
    - Viscéralgine IM
    - Catapressan per os (surveiller TA avec stop si < 100 mmHg) = α mimétique Clonidine[Q]
  - **Puis seront poursuivis :**
    - antalgiques, antispasmodiques,
    - tranquillisants (autre que BZD sf si toxico à celle ci type : Atarax hydroxyzine ; Alimemazine Theralène) ;
    - NL sédatifs (Tercian)
  - **Avec diminution progressive des doses et arret à 10 j**

Syndrome névrotique

Q242

Profil névrotique, Angoisse, Adaptation à la réalité, Anxiolytiques, Psychothérapie.

DEFINITION DES NEVROSES

- **Troubles de la personnalité caractérisées par :**
  - modes de fonctionnement pathologiques de la personnalité
  - un conflit intra psychique qui inhibe et entrave les conduites sociales (conduites sociales entravées mais non supprimées) et se traduisant par des symptômes cliniques, des trbles du comportement et des difficultés relationnelles
- **N'altère pas les fonctions psychiques profondes, les troubles ne heurtent pas la raison ou la logique: adaptation correcte à la réalité**
- **Devant toute nevrose , rechercher les mécanismes de défense , une personnalité névrotique sous jacente et les symptomes communs +++ (cf) .**

CARACTERES COMMUNS AUX NEVROSES

- **LA STRUCTURE : PERMET DE DISTINGUER NEVROSE ET PSYCHOSE**
  - **Pas de délire :** altère peu le système des réalités
  - **Conscience du trouble**[Q] **:** le sujet admet le caractére morbide de ses symptômes, demande d'aide fréquente
  - **Symptomes compréhensibles en fonction de l'histoire du patient**[Q] **:** moyens de défense contre l'angoisse liée à un conflit inconscient
  - **Absence de perte de contact avec la réalité**
  - **Absence d'invalidité sociale massive**
  - **Facteurs psychiques jouent un role important ds leur génèses**
- **L'ORIGINE (THEORIE PSYCHANALYTIQUE)**
  - Conflit intrapsychique entre le "moi" et le "surmoi " et une pulsion qui veut être satisfaite et qui provoque la libération d'angoisse . Les symptomes névrotiques visent à neutraliser l'angoisse **.**
- **MECANISMES DE DEFENSE**
  - Chez tt le monde mais ne deviennent patho que si inefficaces, trop rigides, ou prédominance et fixité de certains .
  - **REFOULEMENT** [Q]
    - Repousser ds inconscient les représentations des pulsions : images souvenirs, pensées mais ce qui est refoulé ***tend à réapparaitre***, sous forme de symptomes :
      - Conversion hystérique ; Phobies ; Obsessions
  - **DEPLACEMENT**
    - Affect lié à une représentation peut s'en détacher pour se lier à d'autres moins pénibles .
      - Objet ou situation = phobie
      - Corps = conversion hystérique
      - Contenus psychiques, idées = obsessions
  - **IDENTIFICATION**
    - A un parent, un maitre, un ainé…
    - Le sujet assimile un aspect, une propriété de l'autre et se transforme sur le modèle de l'autre .
    - Transfo partielle ou totale
    - Mécanisme normal au cours enfance et du developpement . Devient pathologique si :
      - ***Imitation servile*** : hystérie ou identification parentale
      - ***Identification à l'agresseur***, on devient ce dont on a peur et que l'on voudrait supprimer : perversion sadomasochiste.
  - **INTROJECTION**
    - Sujet intègre à son moi tout ce qui le satisfait ds le monde extérieur
    - Ds ttes les névroses
  - **FORMATIONS REACTIONNELLES**
    - Conduites inverse des affects latents = faire l'inverse de ce que l'on veut
    - Névrose obsessionnelle : ex : propreté excessive en défense à des pulsions de jeux fécaux
  - **ISOLATION**
    - Opérer clivages artificiels : détacher de son contexte une image douloureuse
    - Névrose obsessionnelle
  - **ANNULATION**
    - Défaire par la pensée ce qu'on vient de faire
    - Obsession, masochisme
  - **REGRESSION**
    - Retour à stade anterieur du dvt de la personnalité
    - Ds ttes les névroses
  - **DENEGATION**
    - Dire le contraire de ce qu'on veut => Ds ttes névroses

- **LES PERSONNALITES NEVROTIQUES :** caractéristiques, ms pas spécifiques
  - Personnalité anxieuse, hyperémotive, inhibé , hysterique et obsessionnelle
- **SYMPTOMES COMMUNS AUX NEVROSES**
  - **Inhibition de l'activité sexuelle**
    - Impuissance : impossibilité de réaliser un coït normal = tbles éjaculation , érection, baisse libido
    - Frigidité : +/- dyspareunie, vaginisme , tbles de la lubrification, de l'orgasme (anorgasmie), baisse libido
    - Masturbation exclusive ou préférée à acte sexuel
  - **Tbles du sommeil**
    - Insomnie
      - peur du relachement, des rèves (voit surgir des manifestat° des pulsions refoulées)
      - difficultés d'endormissement+++
      - reves angoissants
    - Hypersomnie = refuge contre angoisse
  - **Asthénie névrotique** (neurasthénie, psychasthénie, ds ancienne nomenclature)
    - Secondaire à lutte permanente contre ses pulsions
    - Opposée à asthénie somatique par :
      - Max le matin
      - Diminue pdt la journée
      - Absence de modifications par le sommeil
      - Diminuée par certaines activités
      - Intensité disproportionnée
      - Pas d'AEG
  - **Anxiété (psychique) =** peur sans objet apparent ou légitime (!! angoisse = somatique – EP…- !!!)
  - **Tbles hypocondriaques**
    - Plaintes hypocondriaques réitérées + consultations multiples
    - Organisation de la vie sur un mode hypochondriaque : régimes, ritualisation repas, selles, sommeil…
    - Différent de :
      - Simulation
      - Maladies psychosomatiques
      - Dépression masquée
      - Conversion

NEVROSE D'ANGOISSE

- **QQ DEFINITIONS**
  - **La névrose d'angoisse est qualifiée par les signes généraux de névrose et des symptômes spécifiques.**
  - **Les symptômes spécifiques comprennent :**
    - Attaques de panique . La multiplicité des attaques de panique constitue le trouble panique .
    - Anxiété chronique
- **POINTS COMMUNS DES NEVROSES D'ANGOISSE**
  - Peur sans objet apparent [Q]
  - Origine : angoisse de séparation chez enfant
  - Mécanismes de défense : introjection, régression, dénégation
  - **Personnalité anxieuse** :
    - Fond permanent d'anxiété et de timidité
    - Recherche permanente de
      - perfection
      - reconnaissance des autres
      - réassurance
    - Hyper-réactivité aux stimuli
    - Hyperémotivité
    - Attente anxieuse, état de tension, d'alerte permanente
    - Intolérance aux frustrations : irritabilité, décompensation dépressive ou anxieuse
    - Indécision
- **SYMPTOMES SPECIFIQUES**
  - **Anxiété généralisée ou anxiété chronique**
    - **Clinique**
      - Anxiété généralisée, persistante, évoluant depuis au moins ***1 mois***, ne survenant pas exclusivement dans une situation déterminée, en l'absence d'autres symptômes + spécifiques des autres trbles anxieux ou névrotiques.
      - C'est un état de veille permanent. L'anxiété est dite « flottante ». L'évolut° de cette anxiété est fluctuante.
      - Les symptômes secondaires sont variables, associant
        - Sentiment permanent de nervosité
        - Tremblement, tension musculaire
        - Transpiration + abondante
        - Sensation de tête vide, palpitations, étourdissements
        - Gêne épigastrique, avec ascension d'une boule dans la gorge.
        - Présence de soucis ou de préoccupations injustifiées (peur de la maladie, d'un accident).
    - **Facteurs de risque**
      - ***Facteurs prédisposants***
        - Anxiété de séparation chez les patients présentant un trouble anxiété généralisée.
        - Sexe féminin
        - Trble de la personnalité : souvent le trouble « anxiété généralisée » prend la forme d'un trouble si profond qu'il semble atteindre la personnalité même du sujet.
      - ***Facteurs précipitants***
        - Association significative entre la fréquence de survenue d'événement de vie et l'apparition d'un trouble anxiété généralisée dans l'année qui suit ces événements de vie.
    - **Évolution du trouble anxiété généralisée**
      - Début + précoce et - aigu que celui du trouble panique : âge de début aux alentours de **16 ans**.
      - Evolution très progressive vers la chronicité. Malgré un traitement anxiolytique adapté, l'évolution reste chronique, le trouble disparaissant rarement totalement.
      - Episodes dépressifs fréquents (50 à 55 % des cas) au cours de l'évolution.
    - **(Pathologies associées au trouble anxiété généralisée)**
      - Trouble anxieux phobique, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif (TOC), phobie sociale,
      - Episodes dépressifs
      - Alcoolisme + abus d'anxiolytiques.

  - **Attaque de panique = crise d'angoisse aiguë** [Q]
    - **Manifestation paroxystique d'anxiété, physique et psychique selon le DSM IV**
      - Periode bien délimitée de crainte ou de malaise intenses ds laquelle au minimum 4 des symptomes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes .
      - **Signes physiques** :
        - Palpitations , tachycardie [Q]
        - Transpiration [Q]
        - Tremblement ou secousses musculaires

- **Signes subjectifs**
  - Frissons ou bouffée de chaleur
  - Paresthésies, engourdissements , picotements
  - Sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
  - Sensation d'étranglement = suffocation
  - Dl ou gène thoracique[Q]
  - Nausée ou gène abdominale
  - Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'evanouissement
  - Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou de dépersonnalisation (être détaché de soi)
  - Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
  - Peur de mourir[Q] , sentiment de mort imminente , nosophobie[Q]
- Agitation stérile ou prostration résignée .
- Symptomes svt nocturnes
- **Attaque se termine brutalement en qqs min ou heures, avec débacle polyurique ou diarrhéique**
- 1/3 des sujets ayants eu qq attaques de paniques developperont un trouble panique

- **Trouble panique avec ou sans agoraphobie** (selon DSM IV)
  - **Définies par** :
    - Des attaques de paniques récurrentes et inattendues avec au moins 1 des attaques qui s'est accompagnée pdt **au moins 1 mois** de l'1 (ou plus) des symptomes suivants :
      - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique = phobophobie (anxiété anticipatoire)
      - Préoccupation à propos des implications possibles de l'attaque ou ses cq (« perdre le contrôle, devenir fou »)
      - Changement de comportement important en relation avec les attaques
    - Présence ou non d'une agoraphobie ++++ : svt secondaire , le patient évitant toutes les situations dans lesquelles aucun recours ne serait possible si une attaque de panique survenait.
    - Les attaques de paniques ne st pas du aux effets direct d'une substance (sevrage en toxiques : cocaïne, l'abus d'alcool, de cannabis, de caféine ; ou un médicament) ou à une affection médicale générale :
      - Épilepsie temporale
      - Pathologies organiques associées s'accompagnant d'anxiété paroxystique
        - Pathologies cardioV (EP[Q], angor, IDM, troubles du rythme = Mie de Bouveret, WPW[Q]),
        - Endocrinopathies, (hyperthyroïdie[Q], hyperparathyroïdie, phéochromocytome[Q], hypoglycémies),
        - Syndromes vertigineux,
        - Asthme et certaines manifestations allergiques (choc anaphylactique et manifestations d'HSI).
      - Spasmophilie
      - Syndrome d'hyperventilation : faire régresser rapidement ce syndrome : en faisant respirer le patient dans un sac en papier.
    - Les attaques de paniques ne st pas mieux expliqués par une autre pathologie psychiatrique
      - PHOBIE SOCIALE : (lors de la survenue aux situations sociales redoutées)
      - PHOBIE SPECIFIQUE (lors de l'exposition à la situation phobogène spécifique)
      - TOC : (lors de l'exposition à la saleté si obsession de la contamination)
      - ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

- **Equivalents somatiques de l'angoisse**
  - Bcp + fréquents
  - Respi : toux, dyspnée asthmatiforme, hyperventilation
  - Cardiovascu : palpitations, précordialgies, tachyc, pseudo angor, lipothymie
  - Troubles digestifs : boule oesoph, barre épigastrique, hoquet, spasmes ano-rectaux
  - Uro-génitaux : dl pelviennes, pollakiurie, polyurie, inhibit° sexuelle
  - Neuromuscu : céphalées, algies posturales, tblements

Evolution, complications

- **Conduites addictives :** OH[Q] et BZD[Q] surtt , mais aussi toxicomanie
- **Troubles psychosomatiques : UGD** (surtt duodénal) **, HTA...**
- **Complications psychiatriques :**
  - Dépression [Q]
  - Tentative de suicide (au cours d'un raptus anxieux)
  - Apparition d'une agoraphobie[Q]
  - Apparition de plaintes hypochondriaques
- **Evolution en une autre névrose + structurée :** phobique, hystérique…, somatisation
- **Guerison[Q], amélioration ou stabilisation**

NEVROSE PHOBIQUE

- **SYMPTOMES COMMUNS**
  - **Systématisation de l'angoisse** sur des personnes, des choses, situations ou actes **qui deviennent l'objet d'une terreur paralysante . Ce st des peurs irraisonnées**[Q] **.**
  - **Origine :**déplacement de l'angoisse de castration (conflit oedipien)
  - **Personnalité**
    - **Hyperémotivité**
      - Rougeur, tremblement , état d'alerte constant, lutte contre angoisse constante
    - **Inhibition**
      - Paresse ; inhibition intellectuelle avec blocage ; timidité, effacement
  - **Symptomes communs aux névroses très peu marqués**
- **SYMPTOMES PHOBIQUES**
  - **Définition des phobies**
    - Peur angoissante déclenchée par des situations, etc…., n'étant pas dangereuses par elles-mêmes et diparait avec la disparaition avec la situation phobogène[Q] . Elles st reconnues comme pathologique par le patient[Q] .
  - **A différencier de :**
    - **Pseudo-phobies (**N.d'angoisse) :passagère et labile
    - **Obsessions phobiques :** présente à l'évocation de l'objet phobique
    - **Phobies atypiques**
      - D'impulsion[Q] = obsession d'impulsion (N.obsessionnelle) : déclenchée par objets interprétés comme agressifs
      - Nosophobie = phobie des maladies : se retrouve ds bcp de maladies psy. (N.angoisse, post-trauma, obsessionnelle, délire hypochondriaque, mélancolie)
      - Dysmorphophobie : à l'adolescence (transitoire), anorexie, nevrose phobique[Q], schizo.[Q]
  - **Caractéristiques des phobies**
    - Pas spécifiques de la névrose phobique[Q] (schizo)
    - Certaines sont « normales » (vertige)
  - **3 phobies typiques**
    - **Phobies simples ou spécifiques**
      - ***Unique, isolée, peu invalidante*** : phobie des espaces clos = claustrophobie, d'objets tranchants, animaux, de l'avion
      - D'apparition précoce, ***dès l'enfance***, ces phobies sont svt ***découvertes tardivement***.
      - Elles peuvent être associées à ***des troubles paniques***.
    - **Phobies sociales** [Q]
      - Peur d'etre soumis au regard des autres[Q], de mal se comporter en public[Q], de parler en public, de rougir[Q] = éreutophobie
      - Début + précoce que l'agoraphobie : apparaissent ***à l'adolescence*** ou chez le jeune adulte (***15 à 20 ans***).
      - Surtt chez ***l'homme.***
      - ***Anxiété anticipatoire*** complète le tableau clinique.
      - Conduites d'évitement[Q] entraînent une restriction progressive de la vie sociale => retrait massif avec isolement social.
      - Associées parfois à des ***dystorsions cognitives caractéristiques*** : perte de l'estime de soi, crainte d'être critiqué, jugé.
    - **Phobie de situation = agoraphobie** [Q]
      - Peur des grands espaces où l'individu se sent livré à lui même, seul[Q], vulnérable et sans secours, endroits où il pourrait être difficile de s'échapper
      - Situations les + redoutées = ponts, tunnels, foule , lieux publics[Q]
      - Elle est + fréquente chez la ***femme,*** et débute entre ***18 et 35 ans.***
      - ***L'anxiété anticipatoire*** est toujours marquée.
      - ***Les situations phobogènes ont tendance à se multiplier***
      - Les conduites d'évitement => Réduction progressive des sorties et nécessité d'être tjs accompagné(e) par un tiers[Q].
- **CONDUITES CONTRA-PHOBIQUES CARACTERISTIQUES**
  - **Mécanismes :** refoulement – déplacement – introjection – regression – dénégation
    - **Evitement**
      - Stratégie comportementale pour ne pas être confronté à sa phobie.
      - Ainsi l'intensité de ces conduites d'évitement conditionne en grande partie le retentissement social du trouble .
    - **Réassurance**
      - Objet ou personne contra phobique pour affronter la situation.
      - L'intensité de ces comportements conditionne le retentissement familial et relationnel.
    - **Ces stratégies permettent au sujet phobique de lutter +/- efficacement contre l'anxiété anticipatoire.** Elles st globales ou partielles mais tendent à s'aggraver progressivement entraînant une gêne à la vie sociale du patient.

- **EVOLUTION**
  - Dépression secondaire[Q]
  - Conduites addictives[Q]
  - Chronicité, repli sur soi
  - Guérison totale[Q]

- **BON PRONOSTIC SI :**
  - Phobie simple peu investie
  - Personnalité solide
  - Insertion socioéco et familiale ++
  - Bénéfices secondaires faibles

HYSTERIE DE CONVERSION

- **Névrose hystérique**
  - **Expression symbolique des conflits intra-psychiques sous forme de symptomes corporels et/ou psychiques**[Q]
  - Typiquement **: Jeune femme**[Q] entre **25 et 40 ans**
- **Origine** (théorie psychanalytique)
  - Fixation au stade oedipien du dvpt psychiq: enfant expérimente le plaisir de séduct° du parent du sexe opposé
  - Ds évolution normale : stade dépassé lors passage au stade suivant (latence puis adolescence)
  - Si trauma **:** fixation => angoisse par émergence de pulsions sexuelles incestueuses => mécanismes de défense
- **Mécanismes de défense**
  - **Refoulement** [Q+++] **+++**
  - **Déplacement :** vers le corps → conversions
  - **Inversion, dénégation:** dégout de la sexualité
  - **Identification** : multiples (parentales stt)
  - **Introjection**
  - **Régression**
- **Personnalité hystérique : histrionique et passive dépendante**
  - **Femme**
    - Suggestibilité[Q] : les symptomes et les idées s'adaptent à l'entourage ds but de séduction
    - Histrionisme[Q] : théatralisme[Q], dramatisation
    - Erotisation des rapports sociaux : conduites de séduction[Q] puis de retrait
    - Pauvreté, facticité des affects, immaturité[Q], égocentrisme
    - Avidité, dépendance affective[Q] avec regression infantile
    - Intolérance aux frustrations : labilité émotionnelle
    - Mythomanie[Q] , hyperémotivité [Q]
  - **Homme**
    - Séduction sans engagement affectif réel (« donjuanisme »)
    - Avidité affective
    - Homosexualité latente
    - Vantardise et désir permanent d'être aimé
- **Symptomes communs aux névroses**
  - Tbles sexualité très marqués[Q]
  - Angoisse bcp mieux gérée, parfois absente[Q]
- **Symptomes spécifiques = Conversions = accidents somatiques de conversion**
  - **Conversions**[Q]
    - Inconsciente[Q], non spécifiques (existent ds névroses post-trauma, ***cz enfant*** [Q] en dehors personnalité hystérique[Q])
    - N'obéissent pas aux lois de l'anatomie[Q] ou de la physiologie[Q]
    - Examen objectif normal, ms imposent déliminer patho organique sous jacente[Q]
    - Variables ds intensité et leurs localisations. Localisation peut etre favorisée par una atteinte organique ancienne[Q] => mimétisme
    - Indifférence aux symptômes, exhibées, recherche de ***bénéfices :***
      - **primaire** = diminution de l'angoisse
      - **secondaire** = réponse de l'entourage et avantages sociaux => fixation des symptômes
  - **Accidents aigus =**
    - ***Crise névropathique = « crise de nerfs »***
    - ***Crises convulsives +/- érotisées*** : pas de morsure de langue, ni de pertes d'urine, ni de chute brutale
    - ***Pseudo-syncopes***
    - ***Lipothymie, spasmophilie***
    - ***Grande attaque à la Charcot*** (rare)
      - Prodrome : dl ovariennes, boule hystérique ds cou
      - Convulsions désordonnées, contorsions, attitude passionnelle
      - Rêve parlé, Retour à la conscience
  - **Accidents durables**
    - ***Moteurs***: paralysies, contractures, mvts anormaux, atteinte de la phonation (dysphonie[Q], pas d'aphasie [Q]), astasie-abasie [Q], spasmes…
    - ***Sensitifs*** : hypo, hyperesthésie, algies diverses, impotence fonctionnelle disproportionnée
    - ***Sensoriels*** : surdité, anosmie, agueusie, cécité[Q]…
    - ***Manifestations générales*** : spasmes des sphincters[Q], grossesse nerveuse…
    - ***Psychiques :*** amnésie élective ou totale, amnésie d'identité[Q], inhibition intellectuelle (=> pseudo-débilité) , tbles de la cs , attaques de sommeil, somnambulisme….

	Conversion	Hypocondrie	Simulation	Psychosomatique
Conscience du trouble	non[Q]	non	OUI	non
Réalité de la lésion	non[Q]	non	Non	OUI
Expression des symptomes	Théatrale	Cachée	Exposée	-
Types de symptomes	Qui se font remarquer, organes de relation	Intérieurs : tube dig, hypochondre	Variable	HTA Ulcère gastrique, gastrite
Relat médecin-M	Erotisée , séductrice	Agressive , revendiquante	Revendication déguisée	
Relation malade-symptomes	Indifférence[Q]	Grande attention Angoisse	Seul le but à atteindre compte	
Evolution des symptomes	Variable en f° suggestion[Q]	Fixité	Variable en fonction de l'adhésion du médecin	Récidive
Signes associés	Personnalité hystérique	F° de patho sous-jacente		
Etiologies	Névroses : -Hystérique -Post-trauma	Névroses Mélancolie Délire hypocondriaque	Toxico Perversion Psychopathes	
Invalidité	Non : « Belle indifférence »	OUI	Non	Non

- **Evolution : difficile à prévoir, imprévisible**
  - Dépression secondaire
  - Conduites addictives
  - Décompensations symptomatiques
  - Disparition spontanée des symptomes, si bénéfices disparaissent brutalement
  - Chronicité

NEVROSE OBSESSIONNELLE = TOC

- Survenue d'obsessions et de compulsions sur une personnalité obsessionnelle, de façon indépendante des circonstances extérieures [Q]
- Nevrose la + structurée
- **Terrain :** adulte jeune[Q] , f.déclenchant (accouchement , …)
- **Origine** (théorie psychanalytique)
  - **Fixation au stade sadique anal**
    - 2 types de plaisirs anal : expulsion et jeux, rétention
    - 2 types de plaisir sadique : agression, domination
  - **Evolution normale** : dépassé par le passage au stade oedipien
  - **Si trauma** => fixation => angoisse => mécanismes de défense
- **Mécanismes de défense**
  - **Formations réactionnelles +++ = inversion**
  - **Déplacement +++++**
  - **Annulation**
  - **Isolation**
  - **Refoulement**
  - **Introjection , regression, dénégation**

Rituels	**P**hobie
Obsessions	**I**déative
Impulsion	**C**ompulsion

- **Personnalité obsessionnelle : 2 versants**
  - **Versant : fond psychasthénique**[D]
    - Asthénie névrotique
    - Tendance aux doutes, scrupules, ruminations
    - Sentiment d'incomplétude, inhibition sociale , sexuelle
    - Manque de pragmatisme : activité réduite et inefficace
    - Sens moral developpé, rigide
    - Stigmate psychomoteur : tic, onychophagie, énurésie, trichotillomanie
  - **Versant : sadique anal**
    - ***Formations réactionnelles des préoccupations anales***
      - Surpropreté, méticulosité[Q], peur des souillures
      - Ordre[Q], symétrie, scrupulosité
      - Rigidité morale, obstinations[Q], entêtement[Q], perfectionnisme[Q]
      - Collectionnisme, accumulation , parcimonie[Q]
      - Tendance à se controler avec blindage affectif
      - Souci d'efficacité, économie
    - ***Formations réactionnelles de la pulsion sadique***
      - Obséquiosité
      - Ponctualité
      - Souci de justice, sens du devoir
      - Soumission
- **Symptomes spécifiques = Troubles Obsessionnels Compulsifs = TOC (DSM IV)→ « ROI de PIC »**
  - **Obsessions**
    - Irruption[Q]dans la pensée d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance en désaccord avec la pensée consciente, et qui persiste malgré les efforts pour s'en débarrasser = lutte permanente[Q] . Elle est incoercible[Q] .
    - **Obsessions d'impulsion** (= phobie d'impulsion [Q] !!! différent de l'impulsion pathologique[Q])
      - Idée obsédante de commettre un acte absurde, nocif ou interdit avec souci de ne pas perdre le contrôle de soi-même
      - Il ne réalise jamais l'acte redouté . Parfois une ébauche[Q] de l'acte peut suffire à faire disparaître la lutte
    - **Obsession phobique**
      - Crainte des objets : de les utiliser pour blesser, des objets sales ou des microbes
      - Différent des phobies car pas de mécanisme d'évitement efficace, crainte de l'objet même hors de sa présence[Q]
    - **Obsession idéative** [Q]
      - Idées désagréables ou culpabilisées s'imposant à l'esprit de maniére lancinante et pénible [Q]
        - Représentations ou phrases : grossières, obcènes, sacrilèges, neutres
        - Taches intellectuelles : arithmomanie[Q] (calculs mentaux), listes à établir
        - Doutes interminables
        - Scrupules : rumination de fautes anciennes, réflexions à l'infini sur la morale
  - **Compulsions**[Q] (forme de lutte contre les obsessions)
    - Actes auxquels le sujet se sent contraint, dont il reconnaît le caractère absurde[Q], ridicule et génant
    - Leur réalisation diminue l'angoisse

        - Lavage[Q] et nettoyage ; Vérification ; Evitement ; Manie du retour en arrière
    - **Rituels** (forme de lutte contre les obsessions)
        - Proche des compulsions mais n'a pas la logique d'une vérification . But magique, dérisoire
        - Répétitions systématiques
            - d'habillage
            - de rangement selon ordre donné
            - de lavage[Q] selon un protocole bien précis
    - **Jamais de crise d'agitation aigue** [Q]
- **Evolution**
    - Dépression secondaire
    - Pratiques addictives
    - Aucune tendance à la guérison spontanée : évolution chronique, les rites diminuant de + en + l'autonomie
    - Evolution possible en psychose paranoïaque

TRAITEMENT

- **NEVROSE D'ANGOISSE**
  - **Avant le ttt, chercher**
    - **Patho organique + Dépression + Patho psychotique**
  - **Attaque de panique Q061**
    - **Urgence, Réassurance, Atmosphère calme (Q061), hospitalisation non systematique**[Q]
    - **En urgence : anxiolytique**[Q]**, en l'absence de CI, Per os**
      - BZD : diazépam (Valium), 1 cp à 5 ou 10 mg
    - **Chimiothérapie**
      - Pdt 6 à 12 mois , Action sur prévention des **récurrences** par un AD type ISRS hors CI et sous surveillance
      - (ADT = imipraminique clomipramine Anafranil®)
    - **Mesures hygiéno-diététiques**
      - Arret tabac et autres excitants , relaxation , préserver le sommeil
    - **Thérapie cognitivo-comportementale,** visant à atténuer la symptomatologie et sa récidive
  - **Etats anxieux permanents**
    - **Règles hygiéno-diététiques**
    - **Chimiothérapie**
      - Anxiolytiques : BZD
        - A doses progressivement croissantes : bromazepam ***Lexomil*®** ou alprazolam ***Xanax*®** (1/2 vie longue)
        - Pr une durée limitée avec arret progressif
        - Si échec : NLP sédatifs à faible doses si echec BZD : ex : levomepromazine Nozinan®
      - Antidépresseurs
        - **ISRS** en 1° intention en présence ou non d'un état dépressif, stt si attaques de panique
        - (tricycliques (ex : amitriptiline laroxyl®) ou IMAO : ex : toloxatone Humoryl®)
      - B-bloquant : propranolol avlocardyl®
        - En cas de symptomatologie somatique prévalente, sans action sur les symptômes psychiques
    - **Psychothérapie**[Q]
      - De soutien , D'inspiration psychanalytique = PIP , Psychanalyse , Thérapie comportementale

- **NEVROSE PHOBIQUE**
  - **Phobie simple : Thérapies comportementales**
    - **Désensibilisation**[Q]
      - Pr les sujets ne pouvant éviter les situations phobogènes . Maitriser l'angoisse par des techniq de relaxation
    - **Immersion = flooding**
      - Le sujet apprend à supporter, en présence du thérapeute, la confrontation à la situation phobogène
  - **Agoraphobie et phobies multiples**
    - **Psychothérapie**
      - De soutien , PIP et psychanalyse[Q]
    - **Chimiothérapies si angoisse forte :**
      - Anxiolytiques[Q] en cures limitées
      - ADT à faibles doses : imipramine Tofranil® , clomipramine Anafranil®

- **NEVROSE HYSTERIQUE**
  - **2 pièges**
    - **Affection organique ou la pathomimie**
  - **Guérison spontannée possible**
  - **Accident de conversion**
    - **En phase aigue**
      - Hospitalisation à évaluer suivant bénéfices secondaires, isolement familial
      - Persuasion calme, attitude de fermeté
    - **Symptome installé**

▪ **Action sur le symptome** ⊠ Bilan clinique, paraclinique ⊠ Isolement ⊠ Discours : hypervalorisation de la guérison ⊠ BZD si anxiété associée ⊠ Procédés d'hypnose[Q]	▪ **Action sur la situation de conflit** : analyser ⊠ Signification et fonction du symptome ⊠ Intensité du conflit, personnalité sous-jacente, entourage

  - **Au long cours**
    - **Psychothérapie**
      - psychanalyse , PIP , De soutien

- **Anxiolytiques et /ou antidépresseurs si besoin**

- **NEVROSE OBSESSIONNELLE**
  - **Maintenir insertion professionnelle le + longtemps possible,**
  - **Préconiser voyages, changements de cadre, de lieu, de mode de vie**
  - **Critères d'hospitalisation**
    - Angoisse non maitrisable
    - Décompensation dépressive associée
    - TOC grave avec retentissement social, professionnel ou affectif majeur
  - **Psychothérapie + sociothérapie**
    - Psychanalyse : jeune, bon niveau, moyenne intensité
    - PIP : agé, grave
    - Psychothérapie de soutien
    - Thérapies comportementales : immersion (flooding), désensibilisation, affirmation de soi
  - **Chimiothérapie**
    - **Antidépresseurs ++++ même sans signe de dépression :** c'est la classe **tttiq la + efficace** sur les symptomes obsessionnels **pdt 1 an au moins**.
      - **1**-sérotoninergiques : fluoxetine Prozac®
      - **2**-stimulants : clomipramine Anafranil®
      - Dopaminergique : amineptine Survector®
      - IMAO
    - **Anxiolytiques :** BZD en cures courtes si tension anxieuse
    - **NLP**
      - Sédatifs : si forme grave de lutte anxieuse
      - **Antidéficitaires** si psychasthénie

Source : Fiches Rev Prat, kb, rdp, conf. Cyrill Peloin, DSM IV , QCM Intest 2000

Maladie maniaco dépressive

Q243

Définition

- **Trouble de l'humeur cyclique sous forme d'accès <u>maniaques</u> et/ou <u>mélancoliques</u>, le patient retrouvant son etat normal entre les accès**
- **C'est une psychose ce qui implique :**
  - Idées délirantes
  - Absence de conscience du trouble
  - Symptômes ne s'expliquant pas par le contexte psychologique
- **EPIDEMIOLOGIE**
  - Pathologie très fréquente : **0,5%** de la population
  - **Terrain**
    - ⇨ **Age** : <u>25</u> ans pour bipolaires ; <u>> 40 ans</u> pour unipolaires
    - ⇨ **Sexe** : Femme (surtt net pr les unipolaires)
    - ⇨ **Atcd familial thymiques** ou de **suicide** +++ => facteurs multigénique[Q] très vraisemblable = psychose I[ve] endogène avec rôle important ds l'environnement => Mie multifactorielle
    - ⇨ **Existence de facteurs prédisposants ou précipitants**
      - ✓ Situations précipitantes : deuil, accouchement (psychose puerpérale /dépress° post-partum st des facteurs d'entrée ds PMD)
      - ✓ Prise de toxique peut entraîner un épisode thymique majeur qui peut rester isolée ou inaugurer l'entrée ds PMD

Diagnostic

	ACCES MELANCOLIQUE		ACCES MANIAQUE
	Début progressif : tristesse, asthénie		**Début rapidement progressif par insomnie précoce/rebelle**
SD DEPRESSIF INTENSE	**Dl morale intense[Q++] = tristesse pathologique** ○ Tristesse profonde, permanente, aréactive ○ Dégoût de la vie, anesthésie douloureuse ○ Anhédonie : incapacité à éprouver du plaisir **Inhibition psychomotrice[Q+++]** ○ Faciès figé – amimie – bradykinésie ○ Bradyphémie (baisse D°verbal : réponse lente , laconique) => mutisme ○ Prostration => stupeur [Q] ○ Vide de la pensée, monoïdéisme ○ Aboulie **Désir de mort intense** (gravité +++) ○ Risque suicidaire[Q]+++ : fréquent et grave, parfois inaugural - Raptus impulsifs - Conduites élaborées et préméditées ○ Mort désirée et recherchée de façon obsédante, comme un châtiment mérité **Anxiété[Q] incste et svt masquée par le ralentissement**	ACCELERATION PSYCHOMOTRICE EXALTATION DE L'HUMEUR	**Modification de l'humeur** ○ **Hyperthymie = exaltation de l'humeur[Q]** - Expansion euphorique[Q] de l'humeur, vision + de lui - Idées de grandeur, optimisme, rire[Q], chant - Contact familier superficiel, tutoiement facile = désinhibition instinctuelle - Sentiment de tte puissance, de forme inébranlable ○ **Versatilité de l'humeur[Q]** - Frustrations mal supportées et peuvent faire varier humeur ou engendrer comportements agressifs - Réactivité majeure à l'environnement **Accélérat psychoM :**ne peut refreiner son activité mentale ○ Trbles cognitifs (fuite des idées [Q], distractibilité, troubles des associations idéiques « coqs à l' âne », jeux de mots) ○ Tachypsychie[Q], tachyphémie,hypermnésie, Logorrhée[Q] ○ Agitation psychomotrice jusqu'à la <u>fureur destructrice</u> ○ Hyperactivité désordonnée[Q] et improductive **Troubles du comportement** (désinhibition sexuelle[Q], dépenses inconsidérées[Q] , ludique (jeux de mot)
SOMATI	○ Insomnie rebelle du petit matin[Q+] ○ Anorexie, amaigrissement[Q] ○ AEG intense ○ Baisse libido **Ds le cadre du SD depressif**	SOMATI QUE	○ Insomnie[Q] constante [Q++] sans sensation de fatigue ○ Anorexie ou hyperphagie, amaigrissement ○ Déshydratation, hyperthermie ○ Augmentation de la libido = hypersexualité

IDEES DELIRANTES	**Thèmes** => **Délire inconstant** ○ Culpabilité, indignité[Q], dévalorisation, incurabilité[Q] ○ Persécution, autoaccusation[Q], renoncement, anhédonie[Q] **Organisation :** systématisé[Q] **Mécanismes** ○ Intuitif = sens erroné donné à qqchose qui n'existe pas ○ Interprétatif = sens erroné donné à qqchose qui existe ○ Hallucination cénesthésique= perception sans objet ○ Illusion = Distorsion sensorielle de la perception **Adhésion :** totale au délire **Type** : dépressif **Evolution :** durée : aiguë < 6 mois **Syntonie :** syntone : humeur adaptée au délire, congruente	IDEES DELIRANTES **Thèmes =** trouble du contenu de la pensée ○ Mégalomanie[Q+++] ○ Mystique ○ Erotique ○ De Grandeur, de filiation **Organisation :** systématisé (à vérifier) **Mécanismes** ○ Jamais d'hallucination[Q] ○ Intuition, interprétation surtt **Adhésion : totale au délire** **Type :** **Evolution : durée : aiguë < 6 mois** **Syntonie : hypersyntonie** [Q+]
	ACCES MELANCOLIQUE	**ACCES MANIAQUE**
FORMES CLINIQUES	**1 : Mélancolie stuporeuse** ○ Stupeur[Q] = suspension de toute activité motivée en l'absence de tbles moteurs => inhibit° psycho-motrice +++ ○ Eliminer les autres causes de stupeur - Choc émotionnel [Q] - Catatonie [Q] - Etats confusionnels [Q] **2 : Mélancolie anxieuse** ○ Symptomes d'angoisse avec agitation inefficace ○ Risque majeur de TS +++ => sismo en 1ière intention **3 : Mélancolie délirante** ○ Thèmes : idées d'incurabilité[Q++] , de culpabilité[Q], auto-accusation[Q], hypocondrie[Q] ○ Mécanisme exceptionnellement hallucinatoire ○ Syntone à l'humeur **4 : Dépression d'involution** ○ ***Terrain*** : F > 50 ans ménopausée sans atcd dysthymique parfois sur terrain sensitif ou obsessionnel ○ ***Délire*** ++++ - **hypocondriaque**[Q] - **Sd de Cotard**[Q] = délire de **négation (d'organes**[Q], du monde…) + **idée d'immortalité** ○ ***Ralentissement psychomoteur rare*** ○ ***Agitation anxiété importante*** ○ ***Ttt moins efficace que PMD typique***	**1 : Hypomanie** ○ Excitation efficace et non délirante ○ Fréquente sous lithium ou AD[Q] **2 : Manie délirante (cf) :** pas un réel délire à proprement parler, on parle plus d'idées délirantes. **3 : Manie confuse : rare imposant d'éliminer toute cause organique de manie** (cf diagnostic différentiel) **Pas d'anxiété ds les accés maniaques**[Q+++]
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	**1 : Dépress°symptomatique d'une affection somatique :** ○ Symptomatologie confusionnelle (qui doit être systématiquement recherchée), ○ Etat dépressif atypique (résistant aux AD, d'évolution fluctuante, associé à des troubles du caractère...) ○ Eléments d'orientation de l'examen somatique ○ Affections en cause sont neurologiques, endocriniennes (hypoT), toxiques, métaboliques ou générales **2 : Dépressions non mélancoliques ou exogènes** **3 : Dépressions secondaires lors d'une Mie organique** (K incurable, Mie chronique) **ou psychiatrique** **4 : Démences débutantes**	**1 : BDA et moment fécond de schizophrénie** **2 : Affections somatiques** ○ ***Lésion frontale*** : ***Hématome ou tumeur*** (Moria des frontaux se caractérise plutôt par une désinhibition instinctuelle avec béatitude niaise) , ***SEP*** ○ ***Syphilis tertiaire*** = Tabès (Sd démentiel avec délire mégalomaniaque "couille en or" , dysarthrie, tremblement des lèvres, S d'Argyll-Robertson , paralysies générale) ○ ***Qq hyperthyroïdies*** s'accompagnent d'une agitat° psychoM. ○ ***Prise de toxiques*** : cocaïne [Q], corticoïdes [Q], L-Dopa, amphétamines et anorexigène, INH [Q], Levothyrox, bromocriptine, antiHTA central, anticholinergique... **3 : Démence sénile, démence de Pick :** ○ Il s'agit toutefois d'une désinhibition instinctuelle plus que d'un syndrome d'excitation avec euphorie et tachypsychie ; en outre, les troubles du jugement sont au premier plan. **4 : Hystérie**
	• **ETAT MIXTE = COEXISTENCE DE SYMPTOMES MANIAQUES ET MELANCOLIQUES, EN MEME TPS** [Q+] ▪ Classiquement les troubles maniaques et dépressifs s'excluent mutuellement. Leur association est **rare** et définit l'état mixte[Q]. Le comportement est de type maniaque[Q] (agitation, tachypsychie...) alors que les thèmes exprimés sont du registre dépressif[Q] (désespoir, culpabilité...). L'inverse est possible : humeur maniaque et inhibit° psychomotrice[Q]	

- **DIAGNOSTIC DE LA MALADIE MANIACO-DEPRESSIVE (NOUVELLE CLASSIFICATION DSM IV – CIM 10 OMS)**
  - **Trouble unipolaire (UP) :** Survenue à intervalles libres d'épisodes **dépressifs** caractérisé.
  - **Trouble bipolaire (BP) =** Succession d'hypomanies, de manies ou de virages maniaques associés à des épisodes mélancoliques ou non. La maladie est classiquement divisée en trois sous-classes :
    - **Type I :** Success° d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs **ou** d'épisodes maniaques sans dépression (rare)
    - **Type II :** Succession d'épisodes hypomaniaques et d'épisodes dépressifs
    - **Type III :** succession de dépressions et de manies ou hypomanies induites par un **traitement AD** Q+
  - **Une fois éliminé le caractère secondaire de l'accès (**manie de deuil, manie secondaire à une prise de toxique ou à une maladie somatique...), **la survenue d'un épisode maniaque est suffisamment spécifique pour poser le diagnostic de maladie maniaco-dépressive bipolaire**Q**.**
  - **En revanche,** la dépression n'étant pas spécifique de la PMD, le diagnostic de maladie maniaco-dépressive unipolaire repose alors sur un **faisceau d'arguments :**
    - Caractère très « biologique » de l'accès
    - Périodicité,
    - Atcd familiaux de trbles de l'humeur (ceux-ci sont toutefois inconstants)
    - Réponse aux sels de lithium.
  - **Plusieurs caractéristiques différencient les formes UP et BP :**

	TUP	TBP
Sex Ratio Q	S/R = 2 (Femme)	= 1 Q++
Age de début	30-40 ans	20-30 ans Q+
Fréquence des accès	+	+++
Efficacité du ttt par lithium sur rechute	+	+++ Q+
Risque sur la vie entière	+	+++ x 2
Risque toxico/OH	3%	%
Risque pr les apparentés au 1ier degré	seulement de faire UP	UP et BP avec un RR = 5 à 10

Evolution

- **Accès mélancolique**
  - Suicide = risque évolutif majeur, parfois virage soudain de l'humeur sous AD
  - Rémission de l'accès en 6-8 semaines sous AD, en 1 an de façon spontannée
  - Accès maniaque ou mélancolique peut survenir à distance : risque de virage maniaque de l'accés mélancolique favorisé par le traitement AD.
- **Accès maniaque**
  - Sédation de l'agitation en qq jours sous ttt mais rémission complète de l'accès spontanément en 6 mois
  - Risques de **cq médicolégales**Q graves de l'euphorie et de l'excitat° sur les actes du patient ou sur son état somatique
  - Accès maniaque ou mélancolique peut survenir à distance.
- **Maladie maniaco-dépressive**
  - Les cycles peuvent subir des ***influences saisonnières*** Q : Typiquement, accès dépressifs à l'automne avec rémission ou transformation en accès maniaque à la fin de l'hiver.
  - ***Fréquence des accès*** est + importante chez les BP que chez les UP et tend à augmenter avec l'âge.
  - ***La durée des intervalles entre 2 épisodes***
    - ⇨ Très variable d'un individu à l'autre et chez un même sujet : elle peut être de plusieurs années.
    - ⇨ Le cycle est de **6 mois à 2 ans** en moyenne.
    - ⇨ Au fil du temps raccourcissement des intervalles libres et allongement des accès
  - ***Périodes intercritiques ne sont pas libres chez tous les patients ;*** on peut en effet observer :
    - ⇨ Persistance d'une symptomatologie résiduelle (rémission partielle)
    - ⇨ Plus rarement, la persistance du tableau initial : > 2 ans, on parle de **chronicité**
    - ⇨ Parfois, une persistance de symptômes psychotiques au décours d'accès délirants
    - ⇨ Ces évolutions atypiques font discuter des diagnostics différentiels.
  - En moyenne ***20 % des patients maniaco-dépressifs*** décèdent par suicide.
  - Risque accru ***d'abus ou de dépendance à l'alcool et de toxicomanie*** : 2 fois + élevé chez BP que UP.

Traitement des accès

- **URGENCE PSYCHIATRIQUE**
- **HOSPITALISATION** parfois **SANS LE CONSENTEMENT DU PATIENT :** HDTQ ou HO selon les dispositions loi du 27/06/90

- **ISOLEMENT ET SURVEILLANCE**
- **MISE EN ROUTE DU TTT MEDICAMENTEUX**

- **ACCES MELANCOLIQUES**
  - **Après bilan pré thérapeutique** (Eliminer les CI aux ADT 3 c) **et en l'absence d'allergies connues** :
    - Clinique (TR, oph)
    - Bio (TBH, fct renale, B HCG)
    - ECG, RP, EEG
  - **Antidépresseurs tricycliques[Q] IVL forte dose[Q]**
    - A dose rapidement progressive avec dose optimale en 4 j sous surveillance : pouls TA, humeur, ECG
    - **Anafranil**® (1 amp 25 mg à J1 => 6 amp 25 mg J5) IVL 10 jours avec relais per os à doses efficaces (pdt 6 mois)
  - **+ Sédatif pdt 2 sem au moins**
    - En prévention de la levée de l'inhibition : NL sédatif[Q] Nozinan® 2cp/j per os en 1ière intention, puis BZD
  - **ou Sismothérapie[Q]**
    - **Si contre indications ou échecs des AD ou en 1ière intention si Mélancolie délirante[Q], stuporeuse[Q], très anxieuse**
    - **Après bilan pré-op et consultation pré-anesthésique, hors CI**
      - Anévrisme cérébral, AAoAbdo, IDM récent, Coronaropathies, Maladies emboligènes
      - Tumeur cérébrale, HTIC, AVC récent
      - Décollement de rétine
      - IMAO
      - CI de l'anesthésie et de la curarisation
    - **Sous AG avec curarisation**
    - **Série de 9 à 10 séances** selon efficacité, **poursuivi à rythme régulier pdt 6 mois**, associé au ttt médical d'entretien
  - **Après guérison de l'épisode**
    - Maintien du ttt médical pdt 6 à 18 mois avec surveillance de l'efficacité et de la tolérance
    - Si amélioration : diminution progressive par paliers
    - Psychothérapie de soutien puis si nécessaire psychothérapie + structurée
    - Maintenir au max. l'insertion professionnelle, arrêt de travail à reconsidérer à intervalles réguliers

- **ACCES MANIAQUES**
  - **Urgence :** Hospitalisation svt sans le consentement HDT ou HO[Q]
  - **Isolement**
    - En chambre seule, au calme, en l'absence d'objets dangereux pour le patient ou autrui
    - Mise en pyjama
    - Confiscation des moyens de paiement
  - **Chimiothérapie sédative[Q] puissant en urgence, hors CI**
    - **NL sédatifs et antiproductifs à fortes doses,** voie IM svt nécessaire => ex : Largactil + Haldol
    - relais per os dès que possible pour **2 mois** de traitement
  - **Mise en route d'une lithiéthérapie dès la phase aigue** (efficace après un délai de 5j) ++++
  - **Mesures associées**
    - Surveillance jusqu'à disparition complète des symptômes
    - Mesures de protection des biens : **sauvegarde de justice[Q]**
    - Entretiens réguliers puis psychothérapie plus structurée

Bilan préthérapeutique avant mise sous lithium[Q++++]
- **NFS** - **TSHus, T4 et T3** - **Iono sang et urine, protéinurie, créatininémie et clairance** - **Calcémie, phosphorémie, glycémie à jeun** - **B HCG** et contraception efficace chez femme en PAG - Exam clinique cardio, **ECG** (>40 ans), **Thorax**. -Exam clinique neuro + **EEG** si Atcd épileptiq ou anomalie
Contre-indications du lithium
- **Neuro** :(HTIC, AVC récent, tumeur cérébrale), **Endocrino** : hyper/hypothyroïdie. **Gynéco** 1ier trimestre - **Néphro** : IRC[Q] ou A, hypoNa, dyskaliémie , deshydratation , régime désodé[Q] - **Cardio**: IDM récent, Insuffisance cardiaque grave[Q], HTA non contrôlée, TDR et TDC - **Interaction médicamenteuse** : AINS, carbamazépine, diurétiques, IEC, inhibiteurs des ® angio II et NL
Effets indésirables du lithium
Troubles digestifs Signes précoces : N, V [Q], sécheresse buccale, goût métallique, anorexie, dl ; Signes tardifs : diarrhée **Trbles endocriniens** Hypothyroïdie[Q++] biol fréquent (hyperthyroïdie rare), Prise de poids , Baisse de la libido, hyperparathyroidie Aggravation d'un diabète sucré pré-existant[Q]: **Nephro** : Sd PUPD[Q], voire diabète insipide néphrogénique (insensibilité tubulaire à l'ADH) svt tardif **Hémato :** HLPN précoce, possible anémie d'o.centrale **Neuro :** Tremblements [Q],Sd extrapyramidal tardif, Anomalie à EEG (ondes théta et delta)l **Neuro-psy :** Faiblesse musculaire, Fatigue, somnolence, Vertiges et céphalées, Difficultés mnésiques **CardioV : Précoces :** Anomalie de la repolarisation[Q] : Onde T aplati ou négative. **Tardifs :** TDR (bradycardie sinusale, parfois arythmie sinusale avec BSA) : parfois myocardite. **Dermato :** Rash maculopapuleux précoce, Alopécie, Déclenchement ou aggravation d'un acné, d'un pso [Q]
Signes de surdosage = Sd prétoxique (à partir de 1,3 mEq/L jusqu'à 2 mmol/l)
- **Augmentation des tremblements [Q] qui débordent les extrémités** (généralisation); - **Nausée, vomissement [Q], diarrhée ; algies gastriques** - **Sd pseudo-parkinsonien [Q]** - **Nystagmus, vertiges, flou visuel** - **Ataxie, dysarthrie ; fasciculations musculaires** - **Apathie , somnolence, obnubilation => EEG activité théta ample** -.**Précordialgie => anoamlie de la repolarisation sur ECG [Q]**

Ttt de fond = cf Q381
Prophylaxie des rechutes

- **SI CERTITUDE DIAGNOSTIQUE**
  - **Au 1ier accès maniaque**
    - si atcd familiaux de PMD
    - si atcd perso de mélancolie
  - **Sinon, dès le 2ième accès maniaque**
  - **Au 3ième accès de mélancolie**
- **SELS DE LITHIUM[Q] THÉRALITHE**
  - **0.6 < lithiémie < 1 mmol/L[Q]**
  - **Rapport** lithémie intraérythrocytaire /plasma **< 0.5**
- **CARBAMAZEPINE TEGRETOL®**
  - **Indications électives**
    - **CI ou résistance au lithium**
    - **Cycles rapides**
  - **Tégrétolémie à surveiller**
- **AUTRES**
  - **valpromide Dépamide ®**
- **PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN**

Comme on l'a vu plus haut, lithium est de + en + introduit à partir du 1ier accès maniaque

Source *: Fiches Rev Prat, kb, medline thérapeutique, rdp, conf C.Pelloin, QCM Intest, Medifac*

Syndromes schizophréniques

Q244

(diag, évo, ttt)

Adulte jeune Personnalité prémorbide ***Froideur Dissociation*** *Délire Hébéphrénie Neuroleptiques Sociothérapie*

Définitions

- ***Psychose***
  - Altération structurale de la personnalité avec installation développement et extension d'idées délirantes permanentes
  - Idées délirantes individuelles (non partagées par sujets de meme milieu), non modifiables par la logique / l'expérience, stables (≠ des fabulations qui s'enrichissent au fil du discours)
- ***Structure psychotique***
  - Absence de conscience du trouble
  - Délire = détachement du réel
  - Symptomes non compréhensibles en fonction de l'histoire du patient
- ***Psychoses schizophréniques :*** **Psychoses chroniques > 6 mois ayant en commun la dissociation[Q], très fréquent : 1% pop**

Diagnostic

- ***Début***
  - **Terrain : Jeune : début entre 15 et 25 ans[Q], JAMAIS après 35 ans ; Sex Ratio = 1**
  - **Facteurs étiopathogéniques**
    - **Héréditaires** nets
    - **Biologiques** : divers, aucun n'est spécifique, voies dopaminergiques mésocortico-limbiques
    - **Sociaux** : influencent l'évolution
    - **Familiaux** très discutés : mère ambivalente, père absent/démissionnaire, couple (stabilité apparente, ms hostilité, peur latente et mépris)
  - **Personnalité prémorbide schizoïde : 50 % des schizophrènes**
    - Diminution des relations socio affectives, perte des contacts sociaux : **Repli sur soi, Isolement, Absence d'amis**
    - Inhibition, Impulsivité
    - Tendance à l'abstraction, à la rêverie, à la bizarrerie de la pensée et du discours, Rationnalisme morbide[Q]
  - **Début aigu : 25 à 40 %**

Expérience délirante primaire : BDA typique + symptômes résiduels ou BDA atypique

- Début subaigu avec prodromes à type de
  - Tble du caractère
  - Incurie = négligence
  - Apragmatisme = absence d'activité efficace, incapacité à réaliser complètement une action.
- Automatisme mental de De Clérambault[Q++++] = le sujet à l'impression que ses pensées sont répétées et que ses actions sont commentées ou commandées de l'extérieur. (aussi ds BDA, PHC[Q])
- Formulation étrange et abstraite
- Dogmatisme des croyances
- Absence de confusion mentale
- Dépersonnalisation = sensat° de ne plus etre soi
- Angoisse de morcellement
- Evolution incplète[t] résolutive : critique partielle du délire
- Age jeune
- Personnalité prémorbide schizoïde

Passages à l'acte :

- **Acte paradoxal**, ne correspondant ni au comportement habituel ni à une élaboration compréhensible,
- **Fugue** avec errance,
- **Acte hétéro- et surtout auto-agressif** (TS perpétrée avec froideur sans dimension réactionnelle, acte d'automutilation grave - castration - ou acte simplement étrange - rasage des sourcils).

Etat confuso-onirique

- **onirisme** = délire subä comme un rève pénible poursuivi à l'état de veille, malade en proie à des visions terrifiantes, hallucinations de sensibilité générale, du sens musculaire + ou – vue.
- **+ discordance** = rupture de l'unité psychique = dissociation

Tble de l'humeur

- **Sd Dépressif [Q] atypique**
- Culpabilité sexuelle, Hallucinations
- Ambivalence : intellectuelle, affective, comportementale
- Stéréotypies, Automutilation, Persécution
- **Manie atypique**
- Discordance = dissociation, variation de l'humeur, incohérance idéique, négativisme
- Agitation catatonique furieuse, instable
- Propos abstraits
- Absence d'atcd périodique
- Absence de syntonie, d'euphorie, d'exaltation (cf PMD)
- Tbles du langage : contaminat°, dérivation, substitution
- **Etat mixte atypique** :
- Coexistence de signes sus-décrits (signes maniaque et dépressif atypiques)
- Associés à une froideur et (ou) indifférence affectives et d'autres éléments du syndrome dissociatif.

- **Début progressif et insidieux : 60 à 75%**
  - **Manifestations isolées ou associées de manières variables**
  - **Pseudo-névrotique**
    - **Phobie suspecte**
      - Réassurance inefficace, froideur et détachement
      - Mesure d'évitement bizarre, rares
      - Phobies multiples sans lien, sans mesures d'évitement
        - Dysmorphophobie : avec signe du miroir et palpation
        - Nosophobies : intoxications, conviction de grossesse, atrophie du sexe, dysfonctionnement cérébral, pseudo-constipation opiniâtre
    - **Obsession**
      - Sans lutte anxieuse
      - Thématique quasi-délirante, avec fréquent contenu sexuel
      - Interminables rationalisations
      - Bizarrerie des rituels
      - Froideur et détachement
  - **Modification de l'affectivité et de la personnalité**
    - Rupture avec la personnalité anterieure du sujet
    - **Athymhormie** = perte de l'élan vital
    - Avec morosité hostile, diminution des élans affectifs qui laissent place à une froideur, à une apparente indifférence. L'adolescent s'isole de plus en plus.
    - **Manifestations affectives paradoxales** : explosent parfois de brusques flambées de sentiments (amour ou haine) incompréhensibles car incongrues et non modulées
    - Colères brutales immotivées avec passage à l'acte
    - **Gout pour l'occulte, l'ésotérisme, mysticisme**
    - **Apragmatisme sexuel**
  - **Diminution de l'activité**
    - **Physique**
      - fatigue, apathie, apragmatisme, incurie
    - **Psychique**
      - Baisse du rendement, étrangeté, perplexité indifférence
  - **Idées délirantes d'apparition progressives**
  - **Comportement étrange, impulsif**
    - **Perturbations instinctuelles** :
      - Alimentaires (boulimie ; pratique de régimes aberrants ; anorexie, du jeûne passager à l'anorexie mentale, mode possible d'entrée dans la schizophrénie)
      - Sexuelles (inactivité qui s'intègre au repli sur soi, conduites déviantes tel l'exhibitionnisme)
      - De l'hygiène (du laisser-aller choquant à la préoccupation " obsessionnelle ")
    - **Troubles psychopathologiques** :
      - Tentative d'intégration dans un groupe en rupture avec les fréquentations habituelles, affiliation à une secte dont la structure sera un temps contenante ;
      - Consommation d'alcool et (ou) de drogues comme médicaments pour calmer l'angoisse ou lutter contre l'inertie intellectuelle ;
      - Passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs,
      - Bizarrerie du comportement ; déambulation sans but.

- ***Phase d'état :*** **SD DISSOCIATIF + DELIRE PARANOÏDE + REPLI AUTISTIQUE**
  - **Sd dissociatif = discordance**[Q++++++]
    - Csq du sd dissociatif = Ambivalence, Bizarrerie, Impénétrabilité, Détachement du réel

SPHERE COMPORTEMENTALE = CATATONIE[Q+++++]	
Manifestations psychomotrices de l'ambivalence – Aboulie = perte de la volonté – Apragmatisme[Q] – Conduites ambigues et contradictoires **Négativisme[Q] psychomoteur** – Clinophilie – Fugues – Mutisme – Refus main tendue, occlusion forcée des paupières, haussement d'épaules – Gdes manifestations = crises clastiques, refus alimentaire, catalepsie **Inertie psychomotrice** – Passivité, automatisme – Suggestibilité – Répétition : echolalie, echomimie…	**Stéréotypies** – Gestuelles (lissage des cheveux, friction des mains) ; verbales ; mimiques **Maniérisme[Q]** – Comportement caractérisé par des attitudes et des expressions compliquées, dépourvues de simplicité et de naturel : mimiques, gestes, langage, vêtements), et paramimies (grimaces, mimiques énigmatiques) **Impulsions** **Catalepsie[Q]** – Perte de l'initiative motrice, conservation des attitudes – Il existe au niveau des membres, une flexibilité cireuse (qui s'oppose à la rigidité extrapyramidale (roue dentée)) – Garde la position imposée

SPHERE INTELLECTUELLE

Tble du cours de la pensée = altérée ds sa continuité

- Discours circonlocutoire (expression de la pensée de manière indirecte, par de nombreux détours)
- Verbigérations (répétition anarchique de mots ou de propositions dénués de sens)
- Augmentation de la latence des réponses
- Discontinue : absence d'axe thématique, relachement des associations, bizarreries d'association idéiques, incapacité de poursuivre une idée
- Tbles du débit idéique : barrages[Q++++], fading

barrage = quasi-pathognomonique, suspension du discours non motivé, dont le sujet a conscience (≠ des absences), mais auquel il est indifférent, la conversat° pouvant reprendre sur le meme sujet ou sur un autre.
Fading mental = ralentissement du débit verbal qui devient automatique, comme si le patient se détachait de ce qu'il dit, avec diminution de l'intonation jusqu'à ce que le discours devienne inaudible.

- Stagnation
- Persévération
- Incohérence = ataxie intra-psychique

Tble du contenu de la pensée = pensée déréelle = non dirigée vers situations réelles

Tble de l'attention et de la concentration

Pas de déficit de l'intelligence, ms tble de son utilisation

Tble du champ de conscience

- Pas de tble conscience = pas de confusion ni tble mnésique
- Boulversement des données immédiates temporo-spatiales

Schizophasie = distortion du système verbal

- Tbles de la conversation : mutisme, impulsions verbales, accélérat° du débit, réponses à coté
- Tbles synthaxiques : agrammatisme (style télégraphique), paragrammatisme (jargonaphasie)
- Tbles phonémiques : tble intonat°, rythme, substitution, inversions, téléscopage des phonèmes
- Tbles sémantiques : altération sémantique (altération du sens des mots), néologismes (mots nouveaux), abstractionisme
- Dessin et écriture empreints de bizarrerie

Altération du système logique

- Pensée magique,
- Logique déréelle avec une perte progressive des références au système logique habituel
- Rationalisme morbide[Q++++] (activité psychique qui consiste à fixer son attention et à exercer son raisonnement sur des contenus exclusivement abstraits, illogiques, autistiques, sans référence à des situations concrètes (" dépense à vide ").

SPHERE INSTINCTIVO-AFFECTIVE

Altération de la vie affective de base

- Athymhormie
- Ambivalence affective[Q] (altérat° hiérarchisat° des sentiments) = existence simult. de contenus affectifs opposés ccernant le même objet, ss que la ctradiction soit perçue par le patient -> Réact° affectives inappropriées, paradoxales ou immotivées
- Emoussement affectif (pauvreté de la mimique, des gestes, monotonie de la voix), voire une indifférence affective, avec froideur du contact, un retrait social et (ou) une anhédonie.
- Négativisme, inertie, oppositionnisme, agressif
- Alexithymie = incapacité à exprimer ses affects

Altérations du comportement : Régression, émergence de pulsions archaïques (amoureuses, sexuelles+++, alimentaires, voire excrémentielles)

- **DELIRE PARANOÏDE**
  - **Thèmes : multiples, polymorphes**
    - **Depersonnalisation :** Transfo corporelle (rassurance par auto-palpation et signe du miroir), Dysmorphophobie, Tble identité (sexuelle ou civile), Angoisse de morcellement, d'anéantissement
    - **Etrangeté du monde :** Hostilité ambiante, Déréalisation, Anomalie des perceptions, dysesthésies, cénesthopathies
    - **Sd d'influence :** Milieu extérieur impose sa volonté au malade, Pertes des limites du moi
    - **Persécution**
    - **Mégalomanie, érotomanie, mystique, hypocondriaque**….
  - **Organisation : non systématisé+++++ : délire peu communicable**
  - **Mécanismes : multiples, Hallucinations psychiques (automatisme mental) et psychosensorielles**
  - **Adhésion : totale**
  - **Type : paranoïde (= qui délire, délire non systématisé, polymorphe. !! différent de paranoïaque)**
  - **Evolution, étendue : Chronique > 6 mois, Cyclique**
    - Poussée = moment fécond = phase processuelle
    - Déficitaire = évolue en régression, débilité
    - Permanent = schizophrénie paranoïde
  - **Syntonie : asyntone = tble de la communication**
  - **Pas de retentissement thymique, humeur NON congruente au délire**

- **REPLI AUTISTIQUE**[Q]
  - Intérêt prévalent pour la vie intérieure (Régression narcissique) / Perte du sens de la réalité extérieure
  - Essai de fuite ou de modification de la réalité perçue comme menaçante
  - Rend examen très difficile : réponses monosyllabiques, rares et stéréotypées
- **Tests psychométriques : QI : peu modifié au début / Tests de personnalité évocateurs**

• *Formes cliniques*

FORMES PRINCIPALES

Paranoïde[Q++]

- la + fréquente : forme productive classique
- le délire paranoïde prédomine associé à un syndrome dissociatif.
- L'autisme est modéré ou peu présent initialement
- début survient souvent après 25 ans, au décours d'un ou plusieurs accès délirants aigus incomplètement résolutifs.
- Les symptômes de repli et de désintérêt sont moins intenses ou plus tardifs que dans les autres formes.
- Sensibilité aux neuroleptiques : forme la + curable (seulement 10 à 30 % de résistance)
- Evolution discontinue sous neuroleptiques

Hébéphrénique[Q++] (20 %)

- Syndrome dissociatif prédomine[Q], en particulier du point de vue intellectuel et affectif.
- L'autisme est intense et le délire est pauvre[Q] (thème de transformation corporelle), peu exprimé ou apparemment absent
- début, à l'adolescence (15-20 ans[Q]) voire à la puberté, est souvent insidieux Evolution progressive et insidieuse[Q]
- Forme la + grave, la + invalidante, peu sensible aux neuroleptiques classiques : évolue en déficit intellectuel
- relève de neuroleptiques désinhibiteurs (type Solian, Piportil à petites doses)

Simple

- installation insidieuse d'un syndrome dissociatif peu intense et prédominant au niveau affectif (émoussement affectif, manque d'initiative, anergie, retrait social).
- Il n'y a ni hallucination ni délire.
- Les troubles de la pensée sont présents mais discrets.
- Evolut° lentement progressive
- Pas de ttt sf épisode aigu

Catatonique[Q] (très rare actuellement)

- Sd dissociatif psychomoteur prédomine pouvant constituer un syndrome catatonique.
- négativisme (souvent à l'origine d'un mutisme associé),
- passivité avec catalepsie +/- entrecoupée de décharges psychomotrices soudaines (éclats de rire, acte saugrenu).
- Autisme est intense, le délire est pauvre, peu exprimé ou apparemment absent.
- Evolue par poussées séparées par des intervalles où la symptomatologie s'estompe plus ou moins.
- Peut survenir au cours d'une hébéphrénie (transitoire ou prolongée : forme hébéphréno-catatonique)

FORMES MARGINALES

Héboïdophrénie

- Pseudo-psychopathique[Q]
- troubles du comportement qui compromettent l'intégration sociale (impulsivité et intolérance aux frustrations, abus de toxiques, actes délictuels non utilitaires)
- marqués par la froideur et l'autisme

Pseudo-névrotique

- au début de l'évolution, symptômes d'allure névrotique.
- + rarement, ils persistent au premier plan ou réapparaissent au cours de l'évolution.
- Ils sont alors mixtes, variables d'une période à une autre.

FORMES FRONTIERES

Dysthymiques (ou psychoses schizo-affectives)

- Episodes aigus récurrents associant dissociation, délire paranoïde et tbles thymiques[Q] (svt de type maniaque puis dépressif)
- Et intervalles libres souvent de bonne qualité, marqués par une dissociation discrète et une personnalité peu altérée.
- Atcd fam de tbles de l'humeur
- Elles sont habituellement sensibles à un traitement prophylactique des rechutes (lithium[Q]).
- Leur pronostic à long terme est moins défavorable que pour les autres formes
- Evolut° en PMD typique / schiz typique / succession épisodes id.
- Frontière avec la maladie maniaco-dépressive.

Evolution

FORMES OSCILLANTES (50-70 %)	FORMES CONTINUES (30-50 %)
Avec, lors des rémissions intercritiques : ▪ soit la récupération d'un niveau à peu près conservé **(ex : formes paranoïdes[Q])** ▪ soit une détérioration croissante après chaque accès.	▪ avec aggravation progressive **(ex : formes hébéphréniques[Q])** ▪ ou stabilisation en plateau au bout de qques années

• *Pronostic à long terme*

GUERISON (absence ou extrême discrétion des symptômes) OU STABILISATION	Malgré un apragmatisme important, VIE COMMUNAUTAIRE POSSIBLE, AVEC ATTEINTES VARIABLES DE L'ADAPTATION SOCIALE ET DES RELATIONS INTERPERSONNELLES	EVOLUTION GRAVEMENT DEFICITAIRE OU SYMPTOMES BRUYANTS ET PERMANENTS
20 à 25 %	**50 à 60 %**	**20 à 25 %**
Pas d'altération massive de la personnalité et de l'insertion sociale	Prise en charge thérapeutique soutenue est nécessaire	Dégradat° sociale et intellectuelle Hospitalisation constante ou une assistance permanente

- **L'évolution et le pronostic ne sont donc plus inéluctablement péjoratifs.**
- **Cependant, ces patients restent une population à risque :**
  - Taux de mortalité est 3,8 fois + élevé que dans la pop générale, par accident, maladie ou suicide
  - 10 % des schizo se suicident : expliqué par un risque suicidaire tout au long de l'évolution (à la découverte de la maladie, lors d'un épisode délirant, au décours d'un accès lorsque le patient fait le constat de son altération, ou lors d'un épisode dépressif)

• *Facteurs de meilleur pronostic*

TERRAIN ET ENVIRONNEMENT	CARACTERISTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE ET EVOLUTION
▪ Femme ▪ Début adulte ▪ Insertion professionnelle préalable, et réinsertion précoce ▪ Personnalité prémorbide normale ▪ Pas d'atcd fam de schizo ▪ Alliance du milieu	▪ Début aigu ▪ Existence de facteurs initiaux précipitants. ▪ Symptômes thymiques ▪ Bonne réactivité émotionnelle ▪ Forme délirante ▪ Evolution initiale intermittente ▪ Ttt précoce et Bonne réponse

Traitement

• Prise en charge générale

- Hospitalisation en milieu spécialisé au début de la maladie
- Sauvegarde de justice + ou – tutelle à long terme
- Alliance thérapeutique avec le patient , Projet thérapeutique personnalisé
- Aide de la famille pour la réinsertion socio familiale
- ALD 100%

• Sociothérapie

➢ **Pdt hospit**

- Ergothérapie
- Thérapie occupationnelle

➢ **A la sortie**

- **S'assurer des conditions de vie (logement, AAH)**
- **Structures adaptées à la resocialisation**
  - hospitalisation de jour
  - maisons d'accueil
  - appartement thérapeutique
  - aide ménagère
  - C.A.T, réadaptation au travail

• Psychothérapie

- Au début : entretiens à visée psychothérapique
- Secondairement : psychothérapie + structurée selon la demande
- Individuelle ou de groupe
- **PAS de thérapie analytique[Q] ni de relaxation**
- Soutien à famille

• Médicaments

➢ **Ttt d'attaque en milieu hospitalier**

- **Avec surveillance quotidienne de l'état psy et somatique**
- **Prévention et correction des effets secondaires**
- **Eliminer CI aux NLP**

	FORMES PARANOIDES	FORME HEBEPHRENIQUE = DEFICITAIRE
TTT D'ATTAQUE EN MILIEU HOSPITALIER	▪ NLP sédatif + NLP antiproductif ▪ Ex : Halopéridol Haldol® + Lévomepromazine Nozinan®, PO ▪ 6 à 10 semaines ▪ à bonne dose au début puis posologie minimale efficace	▪ NLP anti-déficitaire[Q] = incisif ▪ Ex : amisulpride Solian®, PO ▪ 2 à 3 mois ▪ surveillance apparition délire, mutisme
TRAITEMENT DE FOND = NEUROLEPTIQUES	▪ But = réduire activité délirante en vue resocialisation ▪ Relai NLP, à dose minimale efficace ▪ Discuter passage à NAP (neuroleptique d'action prolongée) par voie parentérale IM ▪ + AD si besoin	▪ But = s'opposer au repli autistique, reprise d'activité ▪ Relai NLP à dose min. efficace ▪ NAP si observance faible ▪ Prévoir fenêtres thérapeutique 2 à 3 semaines par an pour éviter dyskinésies tardives

➢ **Autres médicaments**

- **Antidépresseurs si composante dépressive**
- **BZD : limite accès d'angoisse, associé avec NLP incisif.**

Source : Fiches Rev Prat, KB, RDP, C.Pelloin, QCM Intest

Autisme de l'enfant

Q245

Désordre complexe de la fonction de relation avec troubles du comportement, du contact se manifestant comme un trouble du développement et touchant tous les domaines d'acquisition de l'enfant.

Diagnostic :

- **TERRAIN** : **Garçon** (S/R = 3 à 4)
- **DEBUT :** Svt **précoce et progressif** dès les **1iers mois de vie** du bébé , parfois + tardif : entre 1 et 2 ans. Le tableau est rarement **complet** avant l'âge de **2-3 ans**
- **AUTISME INFANTILE PRECOCE : < 2 ANS**
  - **Les signes cliniques précoces sont non spécifiques de l'autisme :** on peut les retrouver ds les déficits sensoriels, carences affectives, dépression du nourrisson. Leur **caractère particulier** et leur **persistance** sont évocateurs**.**
  - **Ils doivent être interprétés en fonction du niveau global de développement de l'enfant.**
    - **Au 1ier semestre**
      - **Indifférence au monde sonore**Q
      - Signes de **trop grand calme ou d'excitation** , absence de manifestation lorsque sa mère s'approche de lui
      - **Dystonie** : hypo- ou d'hypertonie
      - Anomalies du **regard**Q avec strabisme
      - Troubles fonctionnels du **sommeil** (insomnie) ou de **l'alimentation**Q (pas de succion, anorexie, mérycisme)
      - Absence de l'apparition du sourire volontaire et intentionnel au 3e moisQ : **absence de sourire-réponse**
    - **Au 2ième semestre**
      - **Absence de dialogue tonique**Q de bonne qualité entre le bébé et sa mère, l'enfant étant hyper ou hypotonique, et refusant le contact corporel (" poupée de son " ou " bout de bois ")
      - **Pas de mvt d'anticipation**Q+++ (le bb ne tendant pas les bras qd sa mère s'approche de lui) à partir du 4e mois => évocateur d'une psychoseQ
      - **Trop grand calme**Q et absence de manifestations vocales d'appel
      - **Activités solitaires, répétitives, stéréotypées** avec jeux de doigts dvt les yeux et balancements
      - **Absence d'intérêt** pr les personnes, le bébé détournant son regardQ et ayant un **regard absent et vide**
      - **Absence de babillage** voire même une émission très pauvre de vocalises
      - **Utilisation bizarre des objets, essentiellement pour gratter, taper ou frotter**
      - **Absence de l'apparition d'une réaction d'angoisse à l'étranger** au 8e mois
      - **Absence de l'angoisse de séparation**
    - **Entre 1 et 2 ans , les signes précédents se complètent :**
      - **Non-apparition du langage**
      - Existence de **jeux pauvres et stéréotypés**, non symboliques
      - Apparition de **stéréotypies motrices**
      - **Refus du contact corporel**
- **FORME CONSTITUEE = AUTISME INFANTILE COMPLET DE KANNER CHEZ UN ENFANT DE 2 A 3 ANS**
  - **Comprend**
    - **Anomalies dans les différents secteurs du développement** (langage, motricité, perception, capacités intellectuelles, compréhension et expression des émotions),
    - **Anomalies dans le comportement de l'enfant en relation avec les personnes et les objets**
  - **Troubles du contact = Repli autistique = ne prête ni attention , ni intérêt à son entourage**
    - Incapacité à développer des relations interpersonnelles : refus et fuite du contact corporel et visuelQ
    - Non utilisation du regard pr attirer l'attention , regard videQ, transparent , pas d'utilisation de mimique.
    - Si sollicité, l'enfant paraît agacé voire inquiet.
    - N'imite pas, n'initie pas de jeux interactifs, ne sollicite pas les autres pour partager ses activités.
  - **Troubles de l'utilisation des objets**Q
    - Objets utilisés de façon détournée et répétée (stéréotypieQ) ou inhabituels pour l'âge (caillou, fil, barquette)
    - Pas ou peu de jeux spontanés, imaginatifs, symboliques (dînette, poupée…).
  - **Réactions bizarres à l'environnement**
    - D'angoisse, de colère ou d'agressivité qd les détails de l'environnement de l'enfant changent : changement de vêtement, de jouet, de trajet, etc**.**
    - Utilise l'adulte comme une partie de lui-même, en prenant par exemple sa main pour obtenir un objet.
  - **Troubles de la motricité**
    - Activité motrice spontanée peut être réduite (peu d'initiative motrice) ou au contraire hyperactivité motrice.
    - Attitudes posturales inhabituelles, démarche bizarre, sur la pointe des pieds, ou par sautillements, parfois une agilité excessive. Par contre, il n'existe **pas de retard d'acquisition de la marche**Q

- **Troubles de la modulation sensorielle**
  - Ttes les modalités sensorielles peuvent être affectées d'une **hypo ou d'une hyperréactivité aux stimulus sensoriels :** Bcp d'enfants autistes cherchent à induire de tels stimulus en faisant tourner des objets, en se balançant, en battant des mains, en faisant des jeux de doigts devant leurs yeux, des bruits de bouche, de langue, de grincement de dents.
  - **Audition**
    - Indifférence au monde sonore[Q] (absence de réaction à son nom, à des bruits extérieurs)
    - N'empêche pas des réactions paradoxales ou excessives (sursautement à un bruit de très faible amplitude, attrait et fascination par la musique[Q], réaction de peur face à certains bruits familiers).
  - **Perception visuelle :** Fascination de l'enfant autiste pour certains jeux de lumières
  - **Gustatif :** Habitudes alimentaires persistantes, refus de l'introduction de nouveaux aliments
  - **Troubles de l'attention**
    - Attention inconstante, intense et difficile à détourner d'un mouvement précis (objet que l'enfant fait tourner)
  - **Variabilité des intérêts et des comportements** d'un même enfant, avec autrui, et d'un moment à l'autre, est assez caractéristique du comportement autistique.
- **Troubles du langage et de la communication**
  - **Communication non verbale et verbale toujours perturbée**
    - Tble de l'expression et de la compréhension.
    - **Le langage peut rester totalement absent mais possible apparition tjs retardée et pathologique**
      - ☑ *Echolalie* (immédiate ou retardée), *Inversion des pronoms*, *peu ou pas de termes abstraits*, un débit et un rythme *particuliers*, une *modulation anormale de la voix*.
      - ☑ La syntaxe reste souvent immature.
  - **Pas ou peu de communication par des gestes ou des mimiques**
    - Peu de mvts de joie, de surprise, de peur , expressions faciales sont rares.
    - Ne désigne pas du doigt ce qu'il désire = absence de " pointage " (assez spécifique à 2 à 3 ans) .
  - **Grande difficulté à comprendre les modes de communication verbale et non verbale** (mimiques faciales) **d'autrui** : il comprend essentiellement les mots concrets.
- **Troubles des manifestations des émotions**
  - **Manifeste peu ses émotions** ou les exprime de façon inadéquate par des pleurs ou des rires inattendus, parfois impossibles à calmer. Face à des refus, ou lorsqu'on lui prend quelque chose **:** angoisse, colère et agressivité**.**
  - Manifestations d'**auto-agressivité** (se mord ou se tape) ou **d'hétéro-agressivité**[Q] en mordant ou frappant autrui.
- **Troubles des fonctions intellectuelles**
  - Performances cognitives sont très variables **:** en majorité **QI global < à 70** (retard mental léger[Q] selon OMS) et un **QI verbal < à 55**
  - Qqs enfants ont des fonctionnements cognitifs de bonne qualité, en général dans des **domaines très précis** (capacités visuospatiales, mémoire) mais leurs capacités de réflexion, d'imagination, d'association st peu développées, et leurs stratégies d'apprentissage sont inhabituelles .
- **Sd d'immuabilité**[Q]
  - Résistance aux changements avec de multiples réactions imprévisibles en cas de modification de l'environnement

- **FORMES CLINIQUES => APPLICATIONS PRONOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES.**
  - **Sur le plan nosographique**
    - **Autisme pur**
      - correspond à la forme décrite par Kanner
      - Aucune affection somatique évidente, ni de retard mental, bien que l'atteinte cognitive soit toujours réelle.
    - **Autisme associé**
      - Un véritable sd autistique peut parfois faire partie du tableau clinique de certaines pathologies organiques :
        - ☑ Encéphalopathie de la rubéole congénitale , séquelles d'encéphalite herpétique, de toxo congénitale
        - ☑ Phénylcétonurie
        - ☑ Phacomatoses (sclérose tubéreuse de Bourneville[Q], maladie de Recklinghausen[Q])
        - ☑ Syndrome de West[Q] et de Lennox-Gastaut
        - ☑ Syndrome de l'X fragile[Q]
        - ☑ Tble de la migration neuronale , encéphalopathie métabolique, handicaps sensoriels
      - Fréquence des manifestations **épileptiques** chez les enfants autistes (25 %) : cela en l'absence de lésions fonctionnelles, doit être considéré comme l'indice d'un dysfonctionnement neurologique
    - **Autisme atypique**
      - Trouble global du développement + symptômes autistiques en îlot, voisins ou atténués rencontrés ds des dysharmonies développementales, troubles atypiques du développement, schizophrénie de l'enfant.

- **En fonction des capacités cognitives de l'enfant**
  - **Autisme de bas niveau**
    - Tbles cognitifs sévères avec QI toujours < 70 . Il est admis que ce n'est pas le retrait autistique qui empêcherait l'expression de capacités cognitives normales : Il existe un réel retard mental.
    - Il ne peut pas, cpdt, être simplement considéré comme une forme de retard mental, ds la mesure où celui-ci est inconstant et inhomogène.
  - **Autisme de haut niveau = " idiots savants "**
    - Les capacités cognitives de ces enfants et leurs performances exceptionnelles dans certains domaines (mémoires de dates, de lieux, musique, graphisme) n'excluent absolument pas des déficits et des retards importants dans d'autres domaines cognitifs.
    - **Sd d'ASPERGER** : pour le DSM IV il est à différencier de l'autisme de haut niveau sur :
      - ☑ Début des troubles svt **+ tardif** dans le Sd d'Asperger = svt vers l'âge de **3 ans**.
      - ☑ Habituellement, **pas de retard dans l'acquisition du langage**.
      - ☑ **Q.I. verbal > Q.I. des performances** à l'inverse de l'autisme de haut niveau.
      - ☑ Déficits du comportement social et de la communication sont **moins sévères**.
      - ☑ Intérêts circonscrits sont plus développés.
      - ☑ **Maladresse** est plus fréquemment constatée.
      - ☑ Svt d'autres cas de Sd d'Asperger ds la **famille**.
      - ☑ Désordres neurologiques associés (épilepsie, …) st moins observés
    - Pour les futurs pédopsychiatre : **http://perso.wanadoo.fr/asperweb/index.htm**

Diagnostic positif

- **L'EVALUATION DE L'AUTISME INCLUT**
  - **Evaluation du Sd psychiatrique** (sympatomatologie comportementale, évaluation des fct° cognitives, du langage)
  - **Evaluation des facteurs somatiques, organiques et neurobiologiques associés :** Nécessité de recourir à des examens paracliniques (imagerie cérébrale surtt +++)
  - **Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'examen spécifique de l'autisme.**

- **EXAMEN CLINIQUE**
  - **Eléments essentiel du diagnostic de Sd autistique qui doit être réalisé par un pédopsychiatre de façon la + précoce possible.**
    - Examen psychiatrique classique
    - Utilisation **d'outils spécifiques d'évaluation** complémentaire
      - Questionnaires standardisés (Autism Development Interview de Rutter : ADI)
      - Echelles d'évaluation (Children Autistic Rating Scale : CARS).
    - **Documents vidéoscopés, documents familiaux** prêtés par les familles et (ou) réalisés dans le cadre du bilan d'évaluation psychiatrique, sont utilisés de + en + par certaines équipes entraînées au repérage clinique des signes précurseurs de l'autisme chez les tout-petits et à l'analyse fine des troubles de la communication.

- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**
  - **Bilan psychologique** (évaluation des capacités et des performances cognitives de l'enfant ; évaluation du fonctionnement psychique de l'enfant)
  - **Bilan psychomoteur** (évaluer: trbles du développement psychomoteur, analyse du comportement moteur et interactif),
  - **Bilan du langage, de la parole, et des moyens de communication de l'enfant = orthophonique** (mode de communication et ses troubles ; stratégies de compréhension, aspects pragmatiques du langage)
  - **Evaluation indispensable des ressources du milieu familial, scolaire et médical**.

- **RECHERCHE D'UNE PATHOLOGIE ORGANIQUE**
  - **En raison de la très grande fréquence de l'association d'une pathologie organique** mais aussi, dans un but de recherche étiologique, le bilan organique est essentiel à réaliser dans tous les cas (pédiatre ou neuropédiatre**).**
  - **Examens pratiqués:**
    - **Ex. ORL complet avec examen audiphonologique avec étude des potentiels évoqués auditifs (PEA), otoémission acoustique, babymétrie de Veit**
    - **Ex. ophtalmo avec PEV** éventuels
    - **Recherche génétique** avec caryotype et en particulier recherche de **l'X-fragile** en biologie moléculaire
    - **Bilan biologique et métabolique complet**
    - **EEG** de veille et surtout de sommeil
    - **Imagerie : IRM** ou TDM cérébrale**.**

Diagnostic différentiel

- **TRBLES SENSORIELS ET LES CARENCES AFFECTIVES**, chez le tout-petit, représentent le diagnostic différentiel essentiel[Q]
  - **La surdité**[Q]
    - Possible problème diagnostique difficile . Cpdt les enfants sourds ont, en général, à condition que le diagnostic soit porté suffisamment tôt, une appétence pour la communication non verbale que n'ont pas les enfants autistes.
    - Un comportement autistique n'est cependant pas exclu chez un enfant sourd**.**
  - **La cécité**
  - **Le bébé dépressif**
    - Il existe une apathie et un retrait, ainsi qu'une absence d'émission vocale et un refus du contact mais on retrouve, en général, une modification dans l'environnement (séparation)
    - Tableau clinique s'améliore en général rapidement avec une prise en charge spécialisée et chaleureuse.
    - Le diagnostic peut être bcp + difficile avec les carences affectives[Q], voire même le tableau d' «hospitalisme»[Q]
- **LES TRBLES GLOBAUX DU DEVELOPPEMENT** (retard mental[Q]), **PSYCHOSE** [Q](psychose précoce déficitaire, dysharmonie psychotique), **AINSI QUE LES TROUBLES GRAVES DU LANGAGE** (dysphasie) doivent être différenciés, bien que parfois associés à une forme d'autisme atypique.
- **SD DE RETT**
  - **Mie neurodéveloppementale actuellement isolé de l'autisme associant :**
    - Atteinte des <u>filles</u> essentiellement
    - Arrêt du développement <u>entre 7 et 18 mois</u> avec régression rapide
    - Perte d'intérêt pr les personnes et les objets
    - <u>Stéréotypies manuelles et spécifiques à type de frottement des mains croisées</u>
    - Evolution vers l'aggravation.
- **SD DE L'X-FRAGILE (Q 258)**
  - **Triade clinique** (mais signes non spécifiques & inconstants)
    - **Retard mental + neuropsy (**2ième cause de RM après trisomie)
      - ☑ RM de gravité variable avec anomalies de l'acquisition du langage, tendance psychotique (troubles du comportement, instabilité psychomotrice, « autisme »)
      - ☑ Retard psychomoteur (hypotonie, retard d'acquisition de la station assise / de la marche)
      - ☑ ± Epilepsie (20 %)
    - **Dysmorphie craniofaciale** (visage allongé, lèvres épaisses, oreilles mal ourlées)
    - **Macro-orchidie familiale**, importante, isolée, post pubertaire, sans anomalie endocrine ± hernies
  - **Biomoléculaire**
    - **Analyse directe :**
      - ☑ Southern-Blot => taille de l'expansion + état de méthylation
      - ☑ PCR => analyse allèles normaux et allèles mutés (nécessite de connaître les allèles des parents)
    - **Analyse indirecte :**
      - ☑ Piste chromosome X muté maternel (à l'aide de marqueurs polymorphiques situées au voisinage du locus morbide de l'X-Fra)
- **UNE PATHOLOGIE ORGANIQUE POTENTIELLEMENT CURABLE**
  - **Hypothyroïdie,**
  - **Phénylcétonurie,**
  - **Sd de Landau Kleffner** (crise d'épilepsie, Aphasie et Altération EEG chez l'enfant)

Traitement symptomatique (HP)

- **AXE CHIMIOTHERAPEUTIQUE :**
  - **NL à doses faibles**[Q] **peuvent améliorer certains troubles du comportement** (agressivité, agitation, retrait**) :** HALDOL® : prescription à faible dose et de durée limitée
- **AXE SOCIOTHERAPEUTIQUE :**
  - **Mise en route d'un programme psychopédagogique** dans un établissement médico-pédagogique (hôpital de jour, jardin d'enfant spécialisé). Possible retour à une vie autonome pr une minorité[Q] (10-15%)
- **AXE PSYCHOTHERAPEUTIQUE** [Q]**:**
  - **Soutien psychologique apporté à la famille avec guidance éducative**
  - **Psychothérapie individuelle ou de groupe**
  - **Psychothérapie éducative** avec apprentissage de tâches quotidiennes
  - **Rééducations orthophonique, psychomotrice**

Source : Fiches Rev Prat, rdp, dossiers bleus, 10 QCM, [Q] = ce sont les QCM du CC QCM de l'internat blanc de Décembre

Délires chroniques

Q246 + 247

(diag, évo, ttt)

Délire paranoïaque Psychose hallucinatoire chronique Paraphrénie

Définition

- **Le délire est une conviction absolue et fausse**
  - Attribue **significations anormales (individuelles) à la réalité**, différentes de celles reconnues par son groupe culturel
  - Ne sont **ni critiquables, ni reconnues comme pathologiques** par le sujet
  - Bouleverse toute sa **personnalité** et son **vécu** et se manifestent ds son **discours**, son **comportement**, et sa **vie sociale**
- **Délire chronique = > 6 mois**
- **Etiologies des délires chroniques = Psychoses**
  - **Schizophrénie Q 244**
  - **Psychoses non discordantes[Q] : PHC, Paranoïa, Paraphrénie**

Sémiologie des délires

- ***Thèmes PPR MM CCH :*** Nombreux, Peu spécifiques
  - **Persécution** : le + fréq, ds ttes les psychoses : complot, malveillance, accusat° perçues comme injustifiées
  - **Passionnels** : jalousie, revendication, érotomanie
  - **Référence** : le sujet pense être le centre du monde, l'objet de ttes les conversations
  - **Mégalomanie** : PMD (maniaque), Paranoïa, Schizo
  - **Mystique** : possession, ds Schizo
  - **Cosmique** : Schizo
  - **Culpabilité**
  - **Hypocondriaque**

- ***Organisation***
  - **Systématisée** (Paranoïa…)
    - Le délire a une **logique interne**, il est **cohérent** et **communicable**
    - L'affectivité et le comportement sont adaptés au délire
    - **En secteur** (Délires passionnels et de revendication…)
      - Touche **secteur précis de la vie psychique**, Le **reste de la pensée** est **normale**
      - le délire se développe autour " en secteur " d'une **idée prévalente** : des interprétations délirantes s'enchaînent les unes dans les autres à partir de l'idée prévalente
    - **En réseau** (Persécution, interprétation…)
      - Envahit **ts les aspects** de la vie psychique : le délire se développe " en réseau " à partir de nombreuses interprétations
      - Les **souvenirs** sont **remaniés** pour enrichir le délire
  - **Non systématisée** (Délire paranoïde de la schizophrénie…) **:** Délire **sans logique, incohérant, incompréhensible**

- ***Mécanismes IIIIH***
  - **Imagination** = fabulation ds laquelle le patient s'implique, pensée magique
  - **Interprétation** délirante (car elle est rigide, systématique, propre au sujet, ne tenant pas compte du contexte de la situation) = attribution d'un sens erroné à une perception exacte (qqchose qui existe réellement)
  - **Intuition** = sens erroné à qqchose qui n'existe pas, brusque prise de conscience
  - **Illusion** = déformation de l'objet perçu existant
  - **Hallucination** = perception sans objet à percevoir [Q]
    - **Psychosensorielles**
    - **Psychiques**
      - voix intérieures (2 personnes en lui), transmission de pensée, vol, devinement de pensée
      - syndrome d'influence [Q] : sujet soumis à l'influence d'un autre → actes et pensées imposées
      - sd d'automatisme mental[Q] = perte du contrôle de sa pensée (automatisme du cours de la pensée, echo et commentaire de la pensée, devinement de pensée)

- ***Adhésion :*** critique du délire
- ***Type et terrain :*** paranoïde, paranoïaque…
- ***Evolution :*** chronique > 6 mois
- ***Syntonie :*** retentissement thymique, congruent ou non au délire

Délires paranoïaques : PSYCHOSE PARANOÏAQUE

• *Définition*

- **Psychoses chroniques** caractérisées par un **délire interprétatif systématisé à thème de persécution**, survenant sur une **personnalité paranoïaque**
- Pas de délire paranoïaque sans personnalité paranoïaque mais on peut avoir la personnalité sans délirer (Q 247)

• *Personnalité paranoïaque* Q+++

PERSISTE UN JURY MAIS ASSURE	
Délire	Personnalité
PERsécution SYSTématisation INterprétation	JUgement faux RIgidité Méfiance Agressivité SURestimation Egocentrisme

➢ Fausseté de jugement

- A priori **affectif**
- Voit les choses telles qu'elles renforcent son idée
- Pensée **paralogique** = qui suit sa **propre logique**

➢ Psychorigidité

- **Autoritarisme**
- Incapacité à remettre en cause son propre système de valeurs

➢ Méfiance, suspicion

- est en **alerte** sur tous les fronts, tendu, anxieux, pointilleux
- implique un manque de confiance : ne se confie pas, ne se laisse pas aller, n'exprime pas sa joie, son angoisse ou sa tristesse de peur d'être pris en défaut. Il est donc **froid, austère, figé, distant**
- promptitude à la **défense agressive**

➢ Hypertrophie du Moi

- **orgueil**, autophilie
- **mégalomanie**, mépris des autres
- **égocentrisme**
- obstination
- **susceptibilité**
- connaît peu la nuance : classifications sommaires : bien et mal, les bons et les méchants, la vérité et l'erreur.

➢ Mécanismes de défense

- **Déni** : Réalité refoulée, plus accessible à la conscience
- **Projection** : Des sentiments, désirs, que l'on refuse en soi, sur une personne ou une chose
- **Inversion** : Sa propre faiblesse est inversée en hypertrophie du Moi, la peur d'être blessé est inversée en certitude d'être l'objet de persécution

➢ Personnalité paranoïaque sensitive (pas d'hypertrophie du Moi)

- Personnalité paranoïaque serait une réaction de défense contre cette hypersensibilité
- **Repli** sur soi, **timidité**
- **Hyperesthésie** des relations avec les autres
- **Anxiété**, **hypersensibilité**, **Hyperémotivité**, **scrupulosité** extrême
- Faible confiance en soi, " **fragilité du Moi** "
- **Dépression**, tendance à l'introspection douloureuse

• *Points communs aux délires paranoïaques*

- **Personnalité paranoïaque**
- **Typiquement : ♂ > 35 ans** Q
- **Thème** délirant, marqué par un sentiment permanent de **persécution** Q+++, en général unique, exprimé avec clarté, cohérent et compréhensible, développé à partir d'une idée prévalente issue des ruminations méfiantes et suspicieuses.
- **Organisation : Systématisée** Q**,** Stable, Parfois adhésion de l'entourage
- **Mécanisme : Interprétatif** Q **+++,** Intuitif, **Jamais d'hallu**
- **Adhésion : totale,** risque majeur d'**hétéroagressivité** Q
- **Type : paranoïaque** (!!! différent de paranoïde = non systématisé, polymorphe, ds schizo Q++)
- **Evolution : chronique,** non déficitaire, stable
- **Syntonie :** retentissement thymique congruent au délire

• *Les différents délires paranoïaques* Q++

➢ Délires passionnels

- Développement « **en secteur** » autour d'une idée prévalente qui justifie le comportement du malade + participation affective intense (**exaltation passionnelle**) = conviction inébranlable, inaccessible à toute argumentation.
- Ds tt délire passionnel : **revendication affectivo-matérielle** (lettres, procès, menaces, chantage…) avec de possibles **actes hétéro-agressifs** graves
- **Délires de revendication**D : se distinguent selon leur thème (Q I D I S (a) H = Qui dit ca ?)
  - *quérulent-processif*D : estime avoir été lésé, rejetant les jugements et engageant des procès
  - *inventeur délirant* : revendique une invention dont il serait dépossédé
  - *délire de filiation* : est persuadé qu'il est issu d'une famille remarquable
  - *idéaliste passionné* : se présente comme défenseur d'une idéologie qu'il veut imposer à tous
  - *sinistrose* : affirme qu'il a des séquelles suite à un traumatisme
  - *hypocondrie revendicatrice* : est persuadé du mauvais fonctionnement de son corps
- **Délire érotomaniaque**D **:** prédominance chez les **femmes** de 40 à 55 ans.
  - **Conviction délirante d'être aimée** par une personne d'une situation sociale en règle générale plus élevée que la sienne (homme publique, médecin [!!] , vedette de la chanson…)
  - Persuadée que l'objet a déclaré son amour le premier, la paranoïaque **justifie** son harcèlement
  - Dans la forme typique, l'érotomanie se dvlppe en **trois phases** successives : phase d'**espoir** (attente, cadeau, lettre) ; phase de **dépit** ; phase de **rancune** (injures, menaces, acte agressif)
- **Délire de jalousie**D **: hommes** > femmes, fréquemment associé à l'alcoolisme chronique.
  - Le sujet est persuadé d'être trompé, et interprète tout ce qu'il constate comme une preuve de cette infortune.
  - Transformation la situat° de la relat° amoureuse du couple en une situat° triangulaire : "Le tiers introduit entre les partenaires est un rival, et c'est sur son image que se projette ressentiment et haine accumulés" (HEY)

Exemple clinique : Monsieur J., 45 ans, a la certitude délirante d'être trompé par son épouse. Cette idée prévalente va se nourrir d'interprétations délirantes en chaîne. Il voit qu'elle va à la poste : il en déduit qu'elle y reçoit des messages secrets. Elle va faire ses courses au marché : il en tire la certitude que des intermédiaires lui transmettent des billets d'amour. Elle est souriante avec lui : c'est donc qu'elle se moque de sa situation…

➢ Délires d'interprétation (de Sérieux et Capgras)

- Début vers **30 - 40 ans**
- **Interprétations** I^{R} s'organisant progressive^{t} en **réseau diffus** (n'exclut aucun domaine de la vie de relat° du sujet)
- Ces délires se construisent autour de plusieurs interprétations délirantes, centrées sur le fait que **tout ce que le sujet perçoit doit avoir une signification qu'il rapporte à sa propre personne** = délire en " réseau ", associant une **mosaïque d'interprétations** (sans la rigueur logique du délire passionnel), mais qui a une certaine cohérence.
- L'humeur est **peu exaltée**, **parfois** passages à l'acte **hétéro-agressifs**, voire criminels
- Interprétations délirantes sont
  - **exogènes** lorsqu'elles sont basées sur des **perceptions extérieures** (vues, entendues…),
  - **endogènes** lorsqu'elles portent sur des éléments **internes** (**sensations corporelles, rêves, pensées**)

Exemple : depuis longtemps, Monsieur I. a remarqué les antennes sur les toits des voitures : il est maintenant persuadé qu'il s'agit d'un système électronique pour le surveiller dans sa vie quotidienne, d'autant qu'il a de curieuses sensations à l'estomac quand il marche ; il y a aussi des antennes sur le toit des maisons qui doivent avoir un rapport avec lui…

- **Thèmes** (+/- intriqués) du délire d'interprétation sont :
  - **Persécution** le plus souvent (idées de préjudice, de malveillance)
  - **Mégalomanie** (idée grandiose de soi-même)
  - **Filiation** (conviction d'être un descendent prestigieux)
- **Evolution** : **s'enrichit**, intelligence reste tjrs normale

➢ Délires sensitifs = Délire de relation des sensitifs de Kretschmer

- Symptomatologie **passive, hyposthénique, dépressive** dominante
- Apparaît chez des sujets présentant une **personnalité** prémorbide de type **sensitif**
- Survient svt **après** un **événement** (échec, humiliat°) **ou** une situation de **conflit relationnel** (-> délire de « relation »)
- **Mécanisme intuitif**
- **Systématisé** en **secteur**
- **Thème : Persécution** avec impression d'hostilité, d'allusion péjorative (le sujet pense qu'on le critique, qu'on se moque de lui), des idées de **référence** (il estime qu'il fait l'objet d'une malveillance intentionnelle, malveillance qu'il peut considérer comme méritée) sans revendication : **plainte** vis-à-vis des persécutions dont le patient se croit l'objet
- **Tonalité dépressive** de l'humeur, mais celle-ci accuse les autres, **sans culpabilité ni auto-agressivité**
- Souvent associée à des **préoccupations hypocondriaques**
- **Etendue** : Diffusion du délire reste **limitée** au domaine (familial ou professionnel) où le délire a pris naissance
- **Evolution oscillante**

Psychose hallucinatoire chronique

• *Définition*

- Psychose chronique caractérisée par son **mécanisme hallucinatoire avec automatisme mental** [Q] et son **évolution jamais déficitaire**
- **F > 35 ans**

• *Diagnostic*

➢ **Structure psychotique**
- **Pas de conscience** du trouble
- **Détachement du réel**
- Symptomes **non compréhensibles** en f° histoire du patient

➢ **Tble de la personnalité : incst : tendance à l'isolement**

➢ **Délire**
- **Thème : Persécution** [Q] **+++**, influence, mégalomanie…
- **Organisation : Systématisation partielle, stable, partiellement cohérent**
- **Mécanisme : Hallucinations** [Q] **+++ inaugurales, constantes, et nécessaires au diagnostic**
  - Psychosensorielles : **auditives (acoustico verbales -> attitude d'écoute** [Q]**), cénesthésiques**, olfactives, gustatives, tactiles
  - Psychiques : **automatisme mental** avec écho de la pensée
- **Adhésion,** retentissement thymique : **passivité, dépression**
  - **faible** au début **puis augmente**
  - **hallucinose** = le malade ne croit pas à l'extériorité de ses hallu → évoquer patho orga (cérébrales : épilepsie, encéphalopathies alcooliques, lésions occipitales, pariétales, ou certaines lésions ophtalmo (lésions rétiniennes))
- **Type, Terrain : femme > 35 ans, atcd LSD, amphétamines**
- **Evolution**
  - **Insidieuse** au début : comportement lgtps normal, repli sur soi, ms **insert° sociale lgtps correcte**
  - **Poussées + rémissions**
  - **Pas déficitaire**
  - **Sous ttt : enkystement**
- **Syntonie**

➢ **Pas de syndrome dissociatif, meilleure adaptation à la réalité extérieure et meilleure insertion socio familiale que le schizophrène**

Paraphrénie

• *Définition*

- Psychose chronique **non systématisée** de mécanisme principal **imaginatif** et **thèmes fantastiques**
- **F > 35 ans**
- Relativement **rares**

• *Diagnostic*

➢ **Structure psychotique**
- Pas de conscience du trouble
- Détachement du réel
- Symptomes non compréhensibles en f° histoire du patient

➢ **Pas de tble de personnalité**

➢ **Délire**
- Début peut être aigu ou progressif, svt inaperçu
- **Thèmes : fantastiques** où domine la **mégalomanie**, thèmes de grandeur (**filiation** illustre, domination du monde, action sur l'univers, **immortalité**, **mission divine**…), **transformation cosmique**
- **Organisation : non systématisé, invraisemblable**, ne cherche pas à cvaincre les autres, varie en f° de l'imagination
- **Mécanismes : imaginatif** (imagination délirante luxuriante), **hallucinatoires** (visuels, verbaux…)
  - ❖ Le délire crée une sorte de **mythologie surréaliste**, où le patient occupe la place centrale
- **Adhérence : totale**
- **Type, terrain :** pas de terrain particulier
- **Evolution**
  - ❖ malgré l'importance du délire, **l'adaptation sociale reste bonne**, ainsi que souvent l'activité professionnelle pdt lgtps
  - ❖ Intelligence reste normale
- **Syntonie ?**

➢ **Deux formes de paraphrénies**
- **Forme confabulante**, à base de **fabulation** = affirmat° d'evts fictifs sans intention de tromper avec croyance ds la réalité des évts imaginaires, s'enrichi et fluctue au cours du discours
- **Forme fantastique**, à base **hallucinatoire** ou **interprétative**

➢ **Globalement, le paraphrène fonctionne avec deux mondes parallèles** : un monde imaginaire délirant d'une part, et le monde de la réalité d'autre part.

Schizophrénie *cf Q 244*

Evolution des délires chroniques

- **Début des troubles**
  - **Souvent insidieux**, le diagnostic n'étant porté que très tard par rapport aux premiers phénomènes délirants
  - **Parfois brutal** (tableau de délire aigu ou passage à l'acte) (par ex, agress° physique du cjoint chez un délirant jaloux)
- **Evolution peut être**
  - **strictement chronique**, avec maintien du discours délirant autour du ou des thèmes principaux.
  - peut se faire **par périodes** (allant de quelques semaines à plusieurs mois ou années) où alternent des phases de fécondité délirante avec des phases d'atténuation de la symptomatologie
  - **Evolution dépressive** : **fréquente dans** les **délires sensitifs / rares dans les autres formes** de délires.
- **Passages à l'acte à craindre**[Q]
  - sur un mode **hétéro-agressif** surtout dans les **délires passionnels**
  - sur un mode **auto-agressif** plutôt dans les **délires sensitifs et la PHC**
- **Apparition d'une symptomatologie dissociative = incohérence et pensée autistique (rare)**
  - se rencontre essentiellement dans la PHC : limites avec la schizophrénie ???

Traitement

• *Hospitalisation si :*

- en cas d'**exaltation thymique menaçante** chez le paranoïaque
- lors d'une **poussée évolutive**
- en cas de **dépression**

• *Délires paranoïaques*

- **Mesures légales**
  - mesure d'hospit sous contrainte : **HO** indispensable si exaltat° menaçante, **HDT à éviter** stt si délire de persécut°
  - mesures de protection des biens : **SDJ**
- **Buts de l'hospit**
  - **Limiter dégradation** du statut **professionnel** / relations **socio-familiales** / souffrance des proches
  - **Eliminer sd démentiel** débutant, éliminer cause de **délire ä débutant**
- **Attitude psychothérapique pdt hospit : Entretiens répétés et prolongés**
  - problème de la **juste distance**
  - permet au patient d'exprimer ses conflits affectifs
- **Chimiothérapie**
  - **NLP per os ou par voie parentérale**
    - Atténuer conviction délirante, angoisse, agressivité, ms **peu efficaces sur l'interprétation** [Q]
    - **Sédatif :** Lévomépromazine **Nozinan**®, Cyamémazine Tercian® : Délire **passionnel, agitation, anxiété**
    - **Antiproductif :** Chlorpromazine Largactil®, halopéridol **Haldol**® : Délires **d'interprétation**
    - **Incisif** : délire des **sensitifs** de Kretchmer
    - ttt d'**entretien : NAP** +++
    - **! surdosage** nocif contrariant la réadaptation
  - **AD :** ADT ou non
    - **Si éradicat° trop rapide** du délire
    - **Si surdosage** NLP
    - **Délire de relation des sensitifs** : Laroxyl®
- **Psychothérapie de soutien, psychanalytique adaptée aux psychoses** (psychanalyse est CI[Q])
- **Mesures d'aide sociale et familiale**

• *Psychose hallucinatoire chronique*

- **Hospit avec placement si besoin**
- **Chimiothérapie si agitation anxieuse, exacerbation : Neuroleptiques**
  - **Antiproductif** halopéridol Haldol® + NLP **sédatif le soir**
  - **traitement d'attaque** en phase aiguë **puis d'entretien** à la dose minimale efficace (**non systématique**)
- **Psychothérapie de soutien**
- **Surveillance** (de moments féconds / dépression / interruption du ttt)

• *Paraphrénies*

- Bonne adaptation à la réalité extérieure = **pas d'hospit, pas de ttt médicamenteux**, **sf exaltation, insomnie, angoisse, agitation**

Source : Fiches Rev Prat, rdp, KB, medline ttt, C.Pelloin, QCM Intest

Troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum

Q 248

Post partum blues Psychose puerpérale Personnalité sous jacente Etats dépressifs

Diagnostic des troubles psychopathologiques de la grossesse

Grossesse amène svt un sentiment de bien-être et de complétude, voire disparition de trbles psychologiques antérieurs

- ***Symptômes***
  - en général mineurs et réactionnels aux modifications somatiques de la gravidité.
  - Inquiétude
  - Labilité émotionnelle
  - Difficultés de sommeil (cauchemars) avec somnolence diurne
  - Apathie
  - Irritabilité…
- ***Premier trimestre***
  - Vomissements gravidiques (forte participation psychologique)
  - Formes graves (type vomissements incoercibles nécessitant l'isolement) : exceptionnelles dans les pays occidentaux.
  - Troubles des conduites alimentaires : surtout à type de boulimie, souvent sous-tendue par les classiques « envies de femme enceinte »
  - Anxiété et sa traduction somatique (palpitations, vertiges, dyspnée)
    - s'estompe pendant le deuxième trimestre
    - pour réapparaître au cours des semaines précédant la naissance.
    - en rapport avec la peur que suscite l'accouchement ou la crainte d'avoir un enfant anormal.
- ***Troubles thymiques***
  - Ne concernent qu'une minorité de parturientes.
  - Le plus souvent de dépression d'allure « névrotique » mêlant tristesse, anxiété, insomnie et asthénie
  - Dépressions mélancoliques rares
- ***Episodes psychotiques délirants***
  - sont exceptionnels pendant la grossesse
  - lorsqu'ils surviennent, s'inscrivent généralement dans l'évolution d'une psychose délirante chronique ou inaugurant un trouble schizophrénique
- ***Médicaments et grossesse***
  - Tjrs autorisé : sismothérapie
  - **Tjrs CI : lithium**
  - Autorisé aux **2e et 3e trimestres**
    - NLP
    - BZD
    - ADT

Diagnostic des troubles psychopathologiques durant le post partum

• *Caractéristiques communes*

- Survenue ds les **6 premières semaines**[Q]
- Fréquence + grande chez les **primipares**[Q] **âgées**
- Déclenchement lors de **moments critiques**
  - **Montée laiteuse : 3 ° jour**
  - **Sevrage**
  - **Retour de couche**

• *Sd du 3°*[Q] *jour = baby blues*[Q]

- Fréquence : **50 %**[Q] des accouchées
- **Décompensation dépressive légère transitoire** ds les jours suivant accouche[t] : **simultané avec montée laiteuse**[Q]
  - Asthénie
  - Crise de larmes
  - Anxiété relative au nouveau né, sentiment d'incapacité
  - Plaintes hypocondriaques
  - Irritabilité, Instabilité, Insomnie (si cauchemars, craindre confusion et passage à psychose puerpérale)
- **90 % résolutif en 5**[Q] **jours**
- Ne nécessite **pas de traitement**[Q], maintien de l'allaitement[Q], soutien de la mère

• *Psychoses puerpérales*

- **Fréquence : 1 pour 1 000** accouchées
- **Terrain**
  - **Age** > 30 ans
  - **Condition socio-économiques défavorisées**
  - **Déterminisme neuro endocriniens**
  - **Obstétricales** (Pas de psychoprophylaxie obstétricale (préparat° à l'accouchement), accouchement difficile (travail long, forceps), complications obstétricales
  - **ATCD** familiaux (schizophrénie, de psychose puerpérale), problèmes relationnels avec la mère, ATCD personnel de BDA, personnalité border line (fragile immature instable) ou psychopathique.
- **3 aspects**
  - **Psychose confuso-onirique aigue : Forme typique**
    - Début entre le **5e et le 25e jour**[Q 2001] post partum, après tps de latence de qqs jours
    - Survenue **brutale** +/- prodromes courts : baby-blues (<u>inconstant</u>)
    - **Etat confusodélirant**[Q] **avec obnubilat°** : Etat confusionel, **délire onirique** à recrudescence vespérale à thème de **persécution** autour de l'enfant[Q], lien de filiation (identité de l'enfant[Q] = né d'une autre mère), danger de mort, enfant mort-né[Q], négation de maternité (accouchement[Q+] et/ou naissance[Q]) …
    - **Fluctuation de l'humeur**[Q]
    - Parfois **délire triste** avec onirisme lugubre et funeste : **Risque suicidaire**[Q] **ou d'infanticide+++**
    - Parfois, **état confuso-maniaque**
  - **Tbles thymiques isolés**
    - **Mélancolie** d'emblée ou après confusion
    - Thème de culpabilité sur l'enfant
    - Etats **maniaques**
    - Etats **mixtes**
  - **BDA**
- **Diagnostic différentiel**
  - Thrombophlébite cérébrale, Encéphalite infectieuse
  - Rétention placentaire
  - Réactivation d'une psychose ou épisode thymique
- **Evolution**
  - En général favorable sous traitement : guérison sans séquelles
  - Parfois rechute à court terme 20%
  - Evolution possible en : **schizophrénie** ou **PMD**
  - Récidive lors des grossesses ultérieures **20** %
  - **Bon pronostic si :**
    - **Pas d'atcd** familiaux ou personnel
    - Sémiologie **aiguë**
    - **Confusion**

- **Traitement**
  - Hospitalisation **en urgence** en unité psychiatrique mère enfant (si besoin HDT)
  - **Séparation mère-enfant** : prévention de gestes hétéro-agressifs
  - Organisation de visites mère/enfant avec rapprochement progressif en présence tierce personne, pour favoriser lien materno-infantile
  - Mise en route ttt après bilan prétttiq par **sismothérapie** (**le + efficace**) +/- associée au NL
  - **Arrêt de l'allaitement** (ms Bromocriptine/Parlodel® contre-indiqué car effets secondaires psychiques et antagonise les neuroleptiques) (car séparation dans un 1ier temps puis traitement neuroleptique)
  - Prise en charge de la relation mère enfant par la suite (**aide psychothérapique**)
  - **Préparation à une prochaine grossesse** (qui devra être un peu espacée)
  - **Surveillance** de la mère et de l'enfant (oubli = 0)
  - Ultérieurement, se pose la question du ttt préventif des rechutes maniaco-dépressives (lithium ou carbamazépine) lorsque la psychose puerpérale s'avère être le premier épisode d'une psychose maniaco-dépressive bipolaire.

• *Etats dépressifs du post partum*[Q]

- **Surviennent dans les mois qui suivent l'accouchement**
  - Soit après une période normothymique
  - Soit en faisant suite à un *baby-blues* qui se prolonge anormalement
- **Intensité variable**
  - **Formes les plus graves, d'allure mélancolique**
    - Généralement **précoces, svt après le 2e mois**
    - Thématique de **culpabilité** centrée sur l'enfant, sentiment d'**incapacité** : peur obsédante de blessé l'enfant[Q+], tendance à éviter de soigner l'enfant[Q+], …)
    - Signes habituels de dépression : humeur triste[Q], bradypsychie[Q], insomnie avec réveil précoce[Q]
    - Peuvent se manifester par une symptomatologie aiguë d'allure **stuporeuse ou mixte** intriquant éléments maniaques et dépressifs
  - **Le plus souvent, la symptomatologie dépressive s'installe de manière insidieuse, tardive et paucisymptomatique**
    - Dépression névrotico réactionnelle
    - Evolution traînante **masquée par la fatigue** qui résulte des soins apportés à l'enfant.
- **Evolution ultérieure des dépressions du post-partum**
  - Peut se faire vers un **trouble dépressif récurrent**
  - **PMD** : l'étude de l'histoire de la maladie de femmes maniaco-dépressives révèle que plus d'un tiers d'entre elles ont souffert d'un trouble thymique en période post-partale et que pour un quart de ces patientes ce fut leur premier épisode dépressif

Source : Fiches Rev Prat, rdp, KB, C.Pelloin, QCM Intest 2002, Dossier Estem

HDT, HO, tutelle, curatelle, SDJ

Q249

Principes d'application et d'utilisation

Loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

Modalités d'hospitalisation en psychiatrie régies par la loi du 27 juin 1990

- ***Hospitalisation librement consentie***
- ***Hospitalisation à la demande d'un tiers***
  - **La plus simple des hospitalisations sous contrainte.**
  - **L'admission nécessite 3 documents :**
    - **Demande d'admission**[Q]
      - Effectuée par un tiers soit de l'entourage immédiat, soit d'une personne s'intéressant particulièrement au malade (pas un médecin)
      - ***Manuscrite, sur papier libre*** [Q] ***et signée***
      - ***Mention nom, prénom, âge, profession, adresse*** du tiers et du patient
      - ***Nature des liens*** entre tiers-patient (d° de parenté, …)
      - ***Si ne sait pas écrire :*** demande recueillie par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement.
      - ***Vérification des 2 identités***
    - **2 certificats médicaux descriptifs d'admission** [Q]
      - Mention identité, adresse du médecin et du patient
      - Daté (valable au max 15 j), signé
      - Description des symptomes sans diagnostic[Q]
      - « Les troubles rendent impossible le consentement du patient et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance en milieu hospitalier»
      - Formule de conclusion : « cet état nécessite que Mr X soit placé dans un établissement régi par la loi du 27 Juin 1990 selon les termes de l'article L.3212-1 du code de Santé Publique ».
      - Le 1ier medecin : **Médecin thésé**, **extérieur** à l'établissement hospitalier, spécialiste ou non [Q]
      - Le 2ième medecin : **Medecin thésé**, qui peut être de l'hôpital, spécialiste ou non [Q]
      - Les 2 medecins ne peuvent être parents ou alliés, au 4ième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements, ni du tiers, ni du patient.
  - **Contrôle de l'admission par directeur de l'établissement : L 3212-2 ; inscription sur le registre de l'établissement**
  - **Notification au Procureur de la République de l'identité du patient en HDT**
  - **HDT ds le cadre d'un péril imminent +++**
    - Idem mais ***un seul certificat médical d'admission*** suffit : Il peut émaner d'un médecin exercant ds l'etablissement d'acceuil. Le directeur de l'etablissement procède à l'admission selon les termes de **l'article L 3212-3** de Santé publique.
  - **Contrôle de l'HDT**
    - Adressé au **préfet** par le directeur de l'établissement
    - **Certificat des 24 h** : rédigé par un **psychiatre de l'etablissement autre** que celui qui a signé le 2ième certificat d'hospitalisation → confirme ou non la nécessité de l'HDT.
    - **Certificat de quinzaine** (rédigé ds les 3 jrs précédant la fin des 15 j)
    - **Certificats mensuels**
  - **Levée de l'HDT**
    - **Par le psychiatre de l'établissement** qui l'adresse au directeur de l'établissement et au tiers.
    - **Par non production des certificats légaux à temps**
    - **Par sortie contre avis médical** si la sortie est requise par
      - le **curateur**
      - le **conjoint** ou concubin
      - les **ascendants**, **descendants** majeurs
      - la personne qui a signé la demande (le « **tiers** »)
      - la **commission départementale** des hospitalisations psychiatriques

• *Hospitalisation d'office*

- L'HO concerne les personnes dont les trbles mentaux compromettent **« l'ordre public ou la sûreté des personnes »**[Q] pour eux-mêmes ou pour autrui.
- Il s'agit d 'un **placement administratif** et NON médical.

➢ **Réalisation d'un [Q] certificat médical circonstancié :**
- Réalisé par un Médecin ***n'exerçant pas*** ds l'établissement d'accueil, ***requis*** par les autorités.
- Description précise des comportements dangereux
- Formule de conclusion : « ***cet état nécessite que Mr X soit placé dans un établissement régi par la loi du 27 Juin 1990 selon les termes de l'article L 3213-1***[Q] ***du code de Santé Publique*** ».

➢ **Le placement est secondaire à un arrêté préfectoral[Q] en province ou du préfet[Q] de Police à Paris.**

➢ **Dans les 24 h suivant l'admission**
- le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques *un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.*

➢ **HO ds le cadre d'un danger imminent +++**
- Attesté par <u>un **avis médical**</u> **ou**, à défaut, <u>par la **notoriété publique**</u> (***maire***[Q] , et à Paris : ***Commissaires de police***[Q]) peuvent faire une HO en urgence à condition qu'ils en réfèrent **ds un délai de 24 h** au préfet. → ***selon les termes de l'article L.3213-2 du code de Santé Publique***
- Si delai expiré, HO se termine ***au bout de la 48ième h***.

➢ **Contrôle de l'HO**
- **Certificat réalisé par psychiatre de l'établissement adressé au préfet**
  - Certificat des 24 h (cf ci dessus)
  - Certificat de quinzaine
  - Certificat mensuel
- **Décision du préfet de maintien en HO**
  - **1^{ier} mois** (3 j avt)
  - **3ième mois**
  - **tous les 6 mois**

➢ **Levée de l'HO**
- **Par le préfet [Q]**
  - Sur avis du psychiatre de l'établissement
  - Sur demande de la comission départementale des hospitalisations psychiatriques
- **Si non respect des délais par le préfet → levée automatique de l'HO**
- **En cas d'évasion :** Le psychiatre fait un certificat médical de situation qui est transmis au directeur et préfet. S'il y a dangérosité, le directeur est tenu de faire une demande d'avis de recherche par la police judiciaire.

➢ **Pour plus de souplesse, on peut transformer une HO en HDT.**

Protection des incapables majeurs

Trois régimes sont prévus par la **loi du 3 janvier 1968**[Q]

	Sauvegarde de justice	**Curatelle** **Incapacité partielle**	**Tutelle** **Incapacité totale**
Régime	***Régime de protection***	***Régime d'assistance***	***Régime de représentation***
Pour qui ?	-Patho compatible avec la vie sociale mais risque d'agir à l'encontre de son propre intérêt. (PMD[Q] et dépense inconsidérée) -Facultés mentales altérées de façon transitoire (comateux…). -Nécessité mesure de protection rapide avant l'instaurat° tutelle ou curatelle. (« vieux » hospitalisé avec famille avide)	**Majeur** ayt besoin d'être conseillé et contrôlé ds les actes de la vie civile : Atteintes des facultés mentales/ corporelles altérées, empêchant l'expression de la volonté. Sujets prodigues, oisifs et intempérants qui risquent de tomber dans le besoin ou compromettre l'exécut° de leurs obligations familiales.	**Majeur incapable total** représenté ds ts les actes par son tuteur. Facultés psychiques sont altérées au point de leur enlever leur lucidité et leur aptitude à gérer leur biens, ou dont l'altération des facultés corporelles empêchent l'expression de la volonté (tétraplégiques, coma, …).
Indication	**Pathologie Aigue Transitoire** [Q]	**Pathologie chronique**	
Demande	- **Médecin Généraliste**[Q] + avis conforme d'un psychiatre indispensable - **Psychiatre** (simple demande suffit) - **Juge des tutelles** (si suivi par curatelle/tutelle)	- **Patient** - **Famille** (ascendant, descendant, conjoint, fratrie) - **Juge des Tutelles** - **Procureur de la république** Autres personnes dt le médecin ne peuvent requérir directement mais peuvent donner un avis au juge des tutelles (qui peut se saisir d'office lui-même). **Idem pour la tutelle, en rajoutant le Curateur**	
Destinataire	**Au Procureur de la République**[Q]	**Au Juge des Tutelles**[Q]	
Avis médecin «expert» des tribunaux (liste Procureur Rep)	**Non**	**Médecin traitant** établi un certificat médical non descriptif signifiant la nécessité de la mesure. Un **Psychiatre** produit un certificat nominatif et descriptif : ce n'est pas une expertise ms doit en avoir les garanties.	
Prise d'effet	**Immédiate** mais non rétroactive	**Après jugement par juge des tutelles** [Q], en attendant : mesure de SDJ.	
Durée	**2 mois**[Q] **renouvelable**[Q] tous les 6 mois (illimité)	**Protection** durable et totale = **indéfinie**	
Administration des Biens	**Possible** Peut désigner un mandataire	**Possible** Mais ils peuvent faire ensuite l'objet d'action de réduction	**Non**
Actes de disposition (du patrimoine = vente, …)	**Possible**	**Par le curateur :** le conjoint est le curateur de droit, en cas d'impossibilité désigné par le juge	**Par le Tuteur** : désigné par le conseil de famille **+++** Si pas de famille, désignat° d'un gérant de tutelle par le juge.
Droits **- Civiques** **- Civils** **-Politiques** **-Pénaux**	**Conserve ses droits civils, civiques et politiques et pénaux**[Q] mais les actes juridiques peuvent être modifiés ou annulés.	**Conservé :** il peut voter, garde l'autorité parentale, se marier avec l'accord curateur/juge des tutelle, testament possible mais donation avec l'aide curateur. **Par contre :** il ne peut être éligible, juré, curateur, tuteur	**Privé** de la totalité de ses droits civiques, politiq et, en fonction du type de tutelle, +/- ses droits civils **Privé** des ses capacités juridiques[Q] (testament, mariage, donation) **Possible annulation des actes antérieurs** à la tutelle si la cause de la tutelle préexistait. Testament non annulé si au moment de sa rédaction, le patient était sain.
Prescription	Elle est de **5 ans** = pdt 5 ans, le SDJ peut annuler les actes ou les engagement pris pdt la période de SDJ[Q]	**5 ans**	
Cessation	**-par demande d'un médecin**[Q] **-par péremption**[Q] **-par décision du Procureur**[Q] : si la mesure est devenue inutile, non fondée ou abusive. **-par mise sous tutelle**	**Par décision du juge des Tutelles** (Main levée) sur avis d'un expert après une demande par toutes les personnes pouvant demander la curetelle/tutelle	

Source : Fiches Rev Prat, KB psy, Conf Hippo Medecine Légale, Nouveau Code de Santé Publique 2000

Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence Q250

Adolescentes Dysmorphophobie Retentissement somatique Prise en charge précoce Séparation familiale

Anorexie

Adolescence	Anorexie
Aménorrhée	hyperActivité
Amaigrissement	Altération image corporelle

Diagnostic = « 6 A »

- **PREVALENCE** : 0,5 à 1 % des femmes agées de 16 à 25 ans (moins fréquents)
- **TERRAIN**
  - **Femme** (90%) **à l'Adolescence** entre 12 et 20 ans de **classes sociales moyennes ou aisées**
  - **Psychopathologie de l'anorexique**
    - ☑ Ambivalence vis à vis de la mère = refus d'identification et dépendance infantile
    - ☑ Réactions d'aggressivité
    - ☑ Hyperinvestissement Q sportif ou intellectuel
    - ☑ « enfant modèle » « bonne élève » perfectionniste et soucieuse de se conformer aux exigences des programmes scolaires sans faire preuve d'une réelle créativité
    - ☑ Niveau intellectuel normal ou supérieur
    - ☑ Peur du passage à l'âge adulte : refus transformations pubertaires, de la sexualité / grossesse, d'indépendance
    - ☑ Altération de l'image du corps Q, peur de devenir obèse Q, tbles du schéma corporel jusqu'à dysmorphophobie Q
    - ☑ Préoccupation alimentaire centrale : ***fascination-répulsion*** (très bonne connaissance des valeurs caloriques mais aussi de l'art culinaire)
    - ☑ Instinct de mort et volonté inconsciente d'autodestruction
  - **Milieu familial**
    - ☑ Irréprochable, mère forte, Conflit rarement extériorisé mais tensions latentes
    - ☑ Valorisation des apparences plus que des sentiments réels

- **DIAGNOSTIC CLINIQUE**
  - **Aménorrhée** Q
    - ☑ ***Primaire*** Q ou ***secondaire*** Q = absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs
    - ☑ D'origine psychologique et organique (insuffisance hypophysaire fonctionnelle)
    - ☑ Impose la recherche d'un panhypopituitarisme
    - ☑ Troubles de libido chez le jeune homme
  - **Amaigrissement** Q
    - ☑ Fréquent (ms inconstant) = important ***> 25 % du poids initial*** jusqu'à la dénutrition grave
    - ☑ Svt caché par vêtements amples, dysmorphophobie
    - ☑ Il est à l'origine d'une ***insufisance hypophysaire fonctionnelle***
    - ☑ Tbles des phanères : Acrocyanose, peau sèche, séquelles dentaires, œdèmes, cheveux secs et ternes, fin duvet (ou lanugo). Possible oedeme des Mbs infs sur hypoalbuminémie.
    - ☑ Déshydratation par abus de laxatif, diurétique et vomissements provoqués
  - **Déni de la maladie** Q
  - **Anorexie** Q **essentielle**
    - ☑ Restriction alimentaire Q ***volontaire consciente sans perte de sensation de faim*** Q = diminution ou une abolition de l'alimentation par refus de la nourriture avec lutte contre la faim Q
    - ☑ Peut alterner avec ***phases de boulimie*** Q
    - ☑ S'accompagne de ***comportements pathologiques*** : vomissements provoqués, abus de laxatifs ou de diurétiques, maniérisme vis à vis des aliments, hyperactivité physique Q (jogging)
  - **A l'examen clinique**
    - ☑ ***Calcul de l'IMC*** en fct de la taille/poids et de l'âge chez l'enfant (utiliser des abaques)
    - ☑ ***Signes habituels de dénutrition*** : hypothermie, extrémités froides, bradycardie avec tension artérielle basse
      - Visage terne, peau sèche hyperpigmentée et desquamante, pâleur
      - Altération des phanères : ongles cassants striés, cheveux secs et cassants
      - Glossite, stomatite, cheilite, oesophagite, ragghade
      - Oedème des MI ou des lombes ; hépatomégalie mousse (stéatosique) -> en faveur perte ptn ++++
      - Fonte du tissu adipeux sous cutané ou des masses musculaires
      - Parotidomégalie (vomissements)
    - ☑ ***Estimation de la masse grasse: mesure des 4 plis cutanés*** (bicipital PCB,tricipital PCT,sus-scap,suprailiaque)
    - ☑ ***Estimation de la masse maigre sur le calcul de la circonférence musculaire brachiale*** :

      CMB = Circonf bras (cm) - 0,314 x [PCT + PCB] / 2

    - ☑ ***Pas d'anomalie à l'examen clinique*** orientant sur patho organique anorexiG (K), une dépression, une psychose => Anorexie délirante : thème d'empoisonnement de la schizophrénie ou délire chronique obsessionnel

- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES NON SPECIFIQUES**
  - **NFS – plaq :** ***leucopénie, thrombopénie, anémie*** microcytaire hypochrome (carence en fer)
  - **B-HCG +++**
  - **Bilan martial :** FS bas, Ferritinémie effoncrée et CTF elevée
  - **Bilan nutritionnel :** ***Albumine, CRP***
  - **Bilan métabolique**
    - ☑ Signes de ***déshydratation*** avec IRF (urée/créat > 100)
    - ☑ Bilan hépatique (stéatose, G GT élevé)
    - ☑ Hypercholestérolémie, tendance à l'hypoglycémie
    - ☑ ***Carence*** : Magnésium, Zinc, Phosphore, Fer => st bas
    - ☑ ***Alcalose hypochlorémique et hypokaliémique*** en cas de vomissements provoqués
    - ☑ ***Acidose métabolique*** en cas d'abus de laxatifs (possible alcalose de contraction sur la deshydratation)
    - ☑ ***Hyponatrémie*** en cas de potomanie ds la cadre d'un Sd PUPD (Q 057)
  - **Signes endocriniens = ralentissement général de l'axe cortico-hypothalamo-hypophysaire :**
    - ☑ ***Axe thyréotrope*** : T4 N ou basse, T3 basse, TSH normal avec une réponse faible et retardée à la TRH
    - ☑ ***Axe somatotrope :*** Tx de GH variable parfois normal mais avec un taux d'IGF1 circulante effondré.
    - ☑ ***Axe corticotrope*** : Hypercortisolémie avec un taux d'ACTH normal mais un test au CRF diminué
    - ☑ ***Axe gonadotrope*** : Profil prépubertaire avec une baisse des œstrogènes, du taux de FSH et de LH et une réponse très faible à la stimulation par la LH-RH.
  - **ECG :** peut objectiver une bradycardie avec parfois des signes caractéristiques d'hypokaliémie.
  - **EEG** : peut inscrire des anomalies diffuses liées aux troubles métaboliques.
  - **Radiographie du squelette + thorax**
    - ☑ Retard de l'âge osseux
    - ☑ Signes majeurs de décalcification : ***ostéoporose diffuse*** qui peut être à l'origine de fractures pathologiques.
  - **En pratique**
    - ☑ Examens habituels (**NFS**, **iono**gramme sanguin, **βHCG**, **radio**graphie pulmonaire, **ECG**),
    - ☑ Pas utile ni même souhaitable de multiplier ces examens paracliniques.
    - ☑ Au cours du traitement, l'évolution de certaines constantes biologiques permet de prévenir la survenue de complications métaboliques.

Evolution

- **SPONTANEE**
  - Evolution variable non prévisible (Ø critère clinique) avec tendance spontanée à un auto-renforcement et risque d'installation dans la chronicité.
- **SOUS TRAITEMENT**
  - ***Rechutes*** fréquentes.
  - ***Décès pr 5 à 10% des cas traités à 3 ou 5 ans***
    - ☑ Par cachexie, déshydratation, troubles hydroélectrolytiques (par hypokaliémie), insuffisance cardiaque ou rénale
    - ☑ Par une dilatation aiguë de l'estomac avec une rupture gastrique lors d'un accès boulimique ou d'une réalimentation orale trop brutale
    - ☑ TS surtt au moment de l'abandon de la conduite anorexique lorsque surgissent des accès boulimique. Elles concernent 10 à 20 % des patientes, après 18 ans.
  - ***Guérison 1/3***
  - ***Chronicisation 1/3***
  - ***Aggravation 1/3***
  - Vie sociale conservée malgré la polarisation alimentaire mais peu de relations amicales, conflits familiaux

- **ELEMENTS DE MAUVAIS PRONOSTIC D'UNE ANOREXIE MENTALE**

CRITERES PRONOSTIQUES POSITIFS	CRITERES PRONOSTIQUES NEGATIFS
	Sexe masculin
Début des troubles en début d'adolescence	Début des troubles en prépubertaire, en fin d'adolescence
	Ancienneté et intensité des symptômes
Accessibilité à une psychothérapie	Trouble grave de la personnalité (état limite) / perso psychotique / TOC
	Absence totale d'auto-critique
	Conduites pathologiques (dissimulation...)
	Sévérité de perturbation de l'image corporelle : Dysmorphophobie
Maintien des relations sociales	Troubles psychopathologiques familiaux (dépression chez un des parents, attitude rigide par rapport à la maladie)
Bonne dynamique familiale	
Bonne prise en charge thérapeutique	Mauvaise adhérence au traitement
Persistance de la sensation de faim	Boulimie, vomissements

Principes du traitement

- **LE PLUS PRECOCE POSSIBLE**
- **HOSPITALISATION EN URGENCE EN PSYCHIATRIE**
  - ◻ **Lorsqu il existe une menace vitale[Q], en isolement[Q], séparation du milieu familial [Q]**
  - ◻ **Arrêt des diurétiques et laxatifs**
  - ◻ **Réhydratation, supplémentation K+ selon iono + Traitement des complications organiques**
  - ◻ **Bilan somatique, psychiatrique de l'anorexie et de son retentissement**
  - ◻ **Education diététique**
  - ◻ **Contrat thérapeutique = Contrat de poids [Q]**
    - ☑ Etabli préalablement entre la patiente, ses parents et l'équipe soignante
    - ☑ Pesée hebdomadaire avec courbe de poids
    - ☑ Définir un ***poids de visite***, celui à partir duquel les contacts directs entre l'adolescente et son entourage familial seront rétablis, et un ***poids de sortie*** marquant la fin de l'hospitalisation mais non du traitement.
  - ◻ Vise à la reprise spontanée de l'alimentation, sans chercher à l'obtenir par une attitude de forçage et sans qu'elle devienne un enjeu exclusif entre le patient et ses soignants
  - ◻ **Au cours d'épisode grave** (amaigrissement massif avec risque vital) : **gavage gastrique (sonde naso-gastrique)**

- **PSYCHOTHERAPIE**
  - ◻ **Le déni des symptômes, la dénégation explicite de toute souffrance, la crainte de la dépendance, rendent compte du refus de ces patientes d'être soignées.**
  - ◻ **Psychotherapie individuelle au début** : relation de confiance **puis familiale de différents types :**
    - ☑ De soutien
    - ☑ D'inspiration psychanalytique
    - ☑ Comportementale
  - ◻ **Doit se poursuivre au-delà de l'hospitalisation sous des formes ambulatoires.**

- **TTT MEDICAMENTEUX**
  - ◻ **Adapté aux complications psychiatriques du trouble**
  - ◻ **Anxiolytique et/ou antidépresseur**

- **SURVEILLANCE**
  - ◻ **Poids+++, état somatique**
  - ◻ **Bio**
  - ◻ **Conso d'eau…**
  - ◻ **A poursuivre après hospit.**

Boulimie

Definition

- Se caractérise par un ***besoin incoercible*** Q ***d'ingurgiter une grande quantité d'aliments*** Q ***en très peu de temps en dehors de toute sensation de faim*** Q chez un sujet de poids normal (non obèse Q)
- C'est un trouble du comportement alimentaire pouvant s'associer ou non à des comportements anorexiques.
- C'est la ***répétition des crises boulimiques*** qui permet de porter le diagnostic de maladie boulimique
- Prévalence est de ***3 à 12 %*** dans la population des femmes âgées de 16 à 25 ans. ***2 pics de fréquence*** : **13 et 18 ans**
- Dans ***15 %*** des cas traités, il s'agit d'un sujet de sexe masculin

Clinique

- **TROIS SYMPTOMES :**
  - **La crise boulimique** Q
  - **Troubles du comportement (maintien du poids)**
  - **Répercutions somatiques**
- **DEBUT DES SYMPTOMES ENTRE 16 ET 21 ANS LE + SVT ,** mais longtemps dissimulées. 1iere consulatation vers 22 ans
- **ACCES BOULIMIQUE**
  - **Scénario assez stéréotypé chez chaque patient**
  - ***Circonstances de survenue***
    - ☑ Un moment d'ennui, de désœuvrement, un conflit familial, l'éminence d'une décision ou d'un examen et toute situation générant des tensions sont propices à la survenue d'un accès.
    - ☑ Le plus svt en fin de journée, à la place ou à la suite d'un repas, parfois la nuit, surtt si la patiente est seule.
    - ☑ Pas necessairement lié à une sensation de faim, même si celle ci peut être parfois le facteur déclencheur.
    - ☑ L'accès est dc précédée d'un moment d'angoisse Q
  - ***Prise alimentaire massive***
    - ☑ « impulsive » : après une courte lutte, non reprimable par un effort volontaire Q
    - ☑ « préméditée» : Achat, stock ou vol au préalable de nourriture habituellement non consommée car hypercaloriq
    - ☑ « engloutie » : rapidement ingéré, avec dégoût Q, quantité énorme, ne tenant compte ni de leur goût, ni de leur odeur, ni de leur saveur ni de leur consistance, sans même les mâcher.
    - ☑ « jusqu'au bout » : ne peut s'arrêter tant qu'il reste des aliments à consommer, tant que la réplétion gastrique reste possible et si un tiers ne fait pas irruption.
  - ***Malaise physique et psychique à la fin de l'accès*** Q
    - ☑ Dl abdo, sensation d'épuisement et d'étouffement
    - ☑ Etat de torpeur, vécu de dépersonnalisation, sentiments de honte, de culpabilité, de remords de n'avoir pu s'opposer à cette impulsion boulimique.
    - ☑ Souffrance intense, passagère et son souvenir vite oublié.
  - ***Fréquence des accès boulimiques***
    - ☑ 1 à 2 / sem (=> jusqu'à 10 / jr) sur des périodes de plusieurs mois avec intervalles libres de durée variable
    - ☑ + espacés, ils peuvent en être une forme débutante.
- **STRATEGIES DE MAINTIEN DU POIDS**
  - **Existence de tbles du comportement ds le cadre de la maitrise du poids répondant à la peur intense de se voir grossir. L'efficacité de ses mesures les conforte dans leur sentiment de ne courir aucun risque de grossir, ce qui facilite sans doute la pérennisation de la boulimie.**
  - ***Vomissements*** **:**
    - ☑ Provoqués immédiatement après l'accès, ils surviennent à la longue spontanément
    - ☑ Entrainent bien svt la reprise de l'accès boulimique s'il reste de la nourriture disponible.
  - ***Restriction des apports alimentaires*** **= phase d'anorexie de durée variable**
    - ☑ Entre les accès, période de restriction des apports (=> jeûne parfois) avec interdiction de consommer les aliments absorbés lors des accès. Contribuent à des fluctuations pondérales souvent importantes.
  - ***Hyperactivité physique*** : intenses efforts physiques quotidiens (gymnastique, jogging, sports de combat, etc…) surtout lors des périodes de restriction alimentaire, avec le but avoué d'éliminer des calories supplémentaires
  - ***Prises médicamenteuses*** (anorexigènes, laxatifs ou diurétiques) : risque métabolique +++ mais involontaire (pas IMV)
- **PREOCCUPATIONS CONCERNANT L'IMAGE DU CORPS**
  - ***Passent beaucoup de temps à se peser, à vérifier, à inspecter les différentes parties de leur corps***.
  - Mais on ne retrouve pas là, la distorsion massive de la perception de l'image du corps telle qu'elle apparaît dans l'anorexie mentale**.** ***Pas de dysmorphophobie*****.**
- **LE POIDS**
  - ***Le plus souvent normal*****,** critère exigé dans la définition de la boulimie

Complications somatiques

- **RARES**, elles concernent surtout les « vomisseuses ».
- **CES COMPLICATIONS ST PARFOIS UNE CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE**
  - **Complications digestives**
    - ☑ Hypertrophie bilatérale des glandes salivaires
    - ☑ Ulcération douloureuse du pharynx et de la cavité buccale
    - ☑ Erosion de l'émail dentaire avec des caries, une gingivite
    - ☑ Pancréatite aiguë
    - ☑ Oesophagite avec lésions ulcérées, hématémèse (Mallory-Weiss)
    - ☑ Dilatation aiguë de l'estomac caractérisée par des douleurs abdominales, des nausées, un ballonnement, un météorisme et un arrêt du transit. peut être grave et évoluer vers la rupture gastrique si le gavage est important et réalisé en un temps très bref.
  - **Troubles métaboliques et hydroélectrolytiques**
    - ☑ hypokaliémie,
    - ☑ déshydratation extracellulaire
    - ☑ alcalose métabolique >> acidose métabolique
  - **Dysménorrhée ou aménorrhée**
    - ☑ Elles témoignent d'une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, sous l'influence des troubles psychiques, comme dans l'anorexie mentale.

Evolution

- **Régression spontanée**
- **Chronicisation avec rechutes, invalidité scolaire, affective et sociale et risques de décès**

Traitement

- **DIFFICILE EN RAISON DE L'AMBIVALENCE DE CES PATIENTES.**
- **EVITER TOUTE HOSPITALISATION**
- **DIVERSES METHODES** non exclusives les unes des autres peuvent être envisagées, tenant compte surtout du niveau de la demande d'aide de la patiente.
- **METHODES THERAPEUTIQUES CENTREES SUR LE SYMPTOME :**
  - **Thérapies cognitivo-comportementales :** Analyse des représentations conscientes qui déclenchent l'impulsion boulimique et qui convainquent la patiente de son incapacité d'en changer le cours.
  - **Thérapies de groupe** réunissent des patients boulimiques => Rompre l'isolement et favoriser l'engagement ds le ttt
  - **Traitement antidépresseurs :**
    - ☑ Effet anti-impulsif direct supposé + ds les phases dépressives. Prescrits avec prudence pour éviter les risques d'absorption massive lors des accès boulimiques.
    - ☑ Privilegier ttt par serotoninergiques à forte dose par rapport aux tricycliques : Floxyfral®
  - **Hospitalisation est rarement indiquée** sinon lors d'une dépression sévère, lors d'un problème métabolique ou d'une complication somatique mais aussi pour préparer l'engagement du patient dans un traitement ambulatoire.
- **METHODES THERAPEUTIQUES CENTREES SUR LA PERSONNALITE :**
  - **Psychothérapies d'inspiration psychanalytique :** Utile que si le patient est devenu conscient de sa patho.
- **METHODES THERAPEUTIQUES CENTREES SUR L'ENTOURAGE FAMILIAL :**
  - Dépendance de ces patients à leur entourage justifie bien souvent une approche familiale complémentaire.
- **INDICATIONS :**
  - Chaque traitement suit une progression particulière.
  - Plus que le traitement lui-même, c'est son adhésion qui importe et la détermination de la patiente à changer, c'est-à-dire à se séparer d'un symptôme très investi.

Source : Fiches Rev Prat, rdp, KB, C.Pelloin